

【患者様記入用】

年 月 日

松下記念病院 セカンドオピニオン申込書

患者様の お名前	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令
				年 月 日

相談者 氏名	フリガナ	患者様との続柄	本人 家族()	
相談者 住所	〒			
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —			
現在の 診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 医療機関名：			
当日面談 予定者	患者様本人の面談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	面談者	名	
	※家族のみのご相談の場合は、相談同意書が必要です	合計人数		
相談目的(該当する番号に○を付け、具体的な質問があればご記載ください)				
1. どの治療を選ぶかを相談したい				
2. 現在の治療以外の方法がないか相談したい				
3. 提示されている治療でよいか相談したい				
4. その他()				
具体的な質問内容				

下記太枠内をよく読み、チェックしてください。すべての項目への了承が必要です。

<input type="checkbox"/> 病名・病状の告知を受けています。 <input type="checkbox"/> 病名・病状を理解しています。 <input type="checkbox"/> 転医・転院目的の相談ではないことを理解しています。 <input type="checkbox"/> 紹介元医師の診断・治療法を判定するものではないことを理解しています。 <input type="checkbox"/> 健康保険給付等の対象にならず、30分迄11,000円(税込)、延長料金30分毎5,500円(税込)の支払いに同意します。 <input type="checkbox"/> 医療訴訟を目的にしている方、亡くなられた方の相談は対象とならないことを理解しています。
--

【当院記入欄】

セカンドオピニオン日時： 年 月 日() 時 分

診療科： 医師：

セカンドオピニオン実施場所：