

セカンド・オピニオン 申込書

自由診療料金として定められた金額(基本料金として30分21,000円、それを越える場合は30分毎に追加料金として10,500円が加算されます)を支払うこと及び訴訟等の目的に使用しないことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンに申込みます。また、医療機関ならびに本人(相談者)宛の報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者の氏名	フリガナ 様 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正 昭和 平成) 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 TEL () FAX ()
ご相談者 (患者本人以外の場合)	氏名 続柄 〒 TEL () FAX ()
疾患名	
ご相談の具体的内容 (用紙が不足する場合は別)	<input type="checkbox"/> 今後の治療について
現在の医療機関 (紹介元)	名称 (通院中・入院中) 科 先生 〒 TEL ()

ID(予約番号)	
相談日時 診療科/医師	平成 年 月 日 時間 科 先生

医療連携相談室担当:

セカンド・オピニオン同意書

(ご相談者が、患者本人以外の場合は、本同意書を必ず提出)

聖路加国際病院 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) _____ (続柄) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患
についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報
告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

住 所 : _____

名 前 : (患者氏名) _____ 印

生年月日 : _____

電話番号 : _____

平成 年 月 日