

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*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うえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンに申込みます。

* 基本料金として 30 分 55,000 円(税抜価格 50,000 円)、それを越える場合は 30 分毎に追加料金として 55,000 円(税抜価格 50,000 円)が加算されます。

西暦 年 月 日

患者の氏名	フリガナ (男・女)
生年月日(年齢)	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	<input type="checkbox"/> 今後の治療について (用紙が不足する場合は別紙にご記入ください。)
現在の医療機関 (紹介元)	医療機関の名称 (通院中 ・ 入院中) 科 先生 〒 TEL ()

ご希望の受診形態	<input type="checkbox"/> 本人ご来院 <input type="checkbox"/> オンラインセカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 代理セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 書面セカンドオピニオン
ご準備いただく資料	<input type="checkbox"/> 申込書、同意書(代理セカンドオピニオンの場合、同意書が必要です) <input type="checkbox"/> 本人確認書類(パスポート、身分証等のコピー) <input type="checkbox"/> 医師作成診療情報提供書(紹介状)或いは代理店が作成した医療情報提供書 <input type="checkbox"/> レントゲン、CT や MRI のフィルム(CD-ROM)などの資料

国際係担当:

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してください)

聖路加国際病院 殿

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参した

(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、意見や判断を述べることに同意いたします。

西暦 年 月 日

住 所: _____

名 前: (患者氏名) _____ 印

生年月日: _____

電話番号: _____