

セカンドオピニオン外来申込書

申込年月日：令和 年 月 日

ID番号

受診される患者さんの氏名・住所・電話番号などをご記入下さい					
フリガナ		性別	生年月日	年齢	
氏名		男	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日	歳
		女			
現住所	〒 -				
自宅電話番号			本人携帯番号		
() -			() -		

※ 患者さんご本人が受診されない場合、ご記入下さい。

フリガナ		患者さんとの 関係	
相談者 氏名			
現住所	〒 -		
自宅電話番号		本人携帯番号	
() -		() -	

下記の質問にお答えください(分かる範囲でかまいません)

【相談を希望される診療科】				
外科・乳腺センター・消化器・IBDセンター・泌尿器科・前立腺がんセンター・放射線治療センター・分からない				
【相談目的】				
【患者さんの今までの経過】				
【患者さんの現在の状況】 (入院中・外来通院中)				
【入院先又は通院先】				
医療機関名		診療科		科
所在地		医師名		医師
電話番号	() -			

【セカンドオピニオン外来の料金】

健康保険の対象外ですので自費扱いになります。20分まで11,000円(税込)。超過は10分毎に5,500円(税込)加算されます。

※前立腺がんセンター希望の場合は、20分まで14,300円(税込)、超過は10分毎に5,500円(税込)加算されます。

※放射線治療センター希望の場合は、30分まで、33,000円(税込)、超過は10分毎に5,500円(税込)加算されます。

※オンラインによる診察の場合、上記の他に別途予約料5,500円(税込)、通信料550円(税込)がかかります。

※ 患者さんご本人が受診されない場合は、下記同意書に患者さん本人がご記入下さい。

同意書			
大船中央病院 病院長 殿			
私は、私の病状についてセカンドオピニオンを依頼いたします。私の代理として			
に病状等の内容について話をすることに同意いたします。			
年 月 日		※患者さん本人が未成年及び意識障害、心神喪失 の場合はご記入下さい。	
患者氏名	印	親権者氏名	印