原三信病院　**セカンドオピニオン外来　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に同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。
また、主治医あての意見書が作成されることに同意します。

患者	受診歴	当院を受診したことは・・・ なし ・ あり（診察番号　　－　　）			
	氏　名	（ふりがな） （男 ・ 女）	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　月　日（　歳）	
	住　所	〒　　－		TEL	－　　－
相談者	氏　名	（ふりがな）	続　柄	TEL	自宅 ・ 携帯 ・ その他 その他の詳細（　　）
	住　所	〒　　－			－　　－

希望診療科	**（必ずご記入ください。）　　科**
病　　名	
相談の目的	
今までの経過	
現在の状況	
受診先の医療機関	（病院名） （診療科）　**科**　（主治医）　**先生**

相談日当日の出席者	1. 患者本人のみ	2. 患者本人+家族（　　）
	3. 成年患者家族のみ（　　）**「セカンドオピニオン相談同意書」必須**	
	4. 未成年患者（18 歳未満）家族のみ	

【以下の項目をご確認の上、ご了承いただけたらチェック☑をしてください。】
□「セカンドオピニオン外来について」の内容を理解し同意すること
□相談時間は原則 45 分とし、料金は 22,000 円（消費税込み）であり、担当医師の判断によっては病理診断料や画像診断料 5,500 円(消費税込み)が追加される場合があること
□全額自費で健康保険は適用されないこと
□訴訟等の目的に使用しないこと
□病院内での録音・録画は、原則禁止となっていること

署名日付：　　年　　月　　日

相談者署名：