

虎の門病院 セカンドオピニオン特別相談 申込書

申込日： 年 月 日

患者氏名	フリガナ	性別
		男・女
生年月日・年齢	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券番号：)	
住所	〒	
連絡先	TEL : 携帯番号：	
相談者氏名 (患者本人以外の場合)	フリガナ	(続柄：)
疾患名		
希望診療科 医師 (希望がある方のみ)	科	医師
ご相談内容		
現在治療中の医療機関	(通院中 ・ 入院中)	
ご都合の悪い日時・曜日等		

(問合せ先) 虎の門病院 医療連携室 TEL：03-3560-7823

(病院記入覧) -----

<input type="checkbox"/> 診療科・医師	科	医師
<input type="checkbox"/> 予約日時	月 日 ()	:
<input type="checkbox"/> 診察室	医師PHS	
返却物： <input type="checkbox"/> あり ()	受領	
返 書： <input type="checkbox"/> 患者さんへお渡し <input type="checkbox"/> 紹介元送付 (月 日)		

虎の門病院 セカンドオピニオン特別相談 同意書

虎の門病院 院長 殿

1. セカンドオピニオン特別相談申込についての同意

私は、貴病院でのセカンドオピニオン特別相談を申し込むにあたり、以下の事項を遵守することに同意いたします。

- ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参又は郵送すること。
- ・相談内容は書面で主治医に報告されること。
- ・相談内容を医療訴訟などに利用しないこと。
- ・過去の治療の妥当性に関する相談や、死亡した患者さんを対象とする相談ではないこと。
- ・主治医に対する不満や医療訴訟、医療給付等に関する相談ではないこと。
- ・相談終了後は虎の門病院にて定められた料金を支払うこと。

30分以内22,000円、30分超45分まで33,000円、45分超60分まで44,000円（消費税込）

60分を超える場合は15分毎に11,000円（消費税込）加算

2. 相談者が患者さん本人ではない場合の同意

私がセカンドオピニオン特別相談を直接受診出来ない場合は、本同意書を提出した下記代理相談者に対して、貴病院担当医師が私の疾患について意見や判断を述べることに同意いたします。

年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名

生年月日

年

月

日生

住 所

電話番号

≪相談者が患者さん本人ではない場合≫

代理相談者

続柄〔 〕

注) この同意書は患者さん本人が記入してください。代筆の場合は理由をご記入ください。
(代筆理由)