

浜町センタービルクリニック セカンドオピニオン外来 申込書

ふりがな		生年月日	T・S・H・R
患者氏名			年 月 日

ふりがな			患者さまとの 続柄	<input type="checkbox"/> 本人
相談者氏名				<input type="checkbox"/> ご家族 続柄：
相談者 連絡先	住所	〒		
	電話			

私の病状についての診断および治療内容、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項ならびに裏面の記載事項に同意の上、浜町センタービルクリニックへ申し込みいたします。

- 原則としてセカンドオピニオン診察では新たな検査は行わないこと
- 最初から転医・転院が前提の相談ではないこと
- 主治医に対する不満や苦情等の相談でないこと
- 医療過誤および裁判係争に関する相談でないこと
- 医療費、医療給付に関する相談でないこと
- 自由診療料金として定められた料金を支払うこと

※上記必ず確認し同意のうえ、すべてのにを入れていただき、以下にご署名をお願いいたします。

令和 年 月 日

患者本人署名

本人以外の場合の相談者署名

※本人以外のご相談の際も患者さまご本人の署名をお願いいたします。

【セカンドオピニオン外来に関するご案内】

当院のセカンドオピニオン外来では、当院以外の主治医におかりの患者さまを対象に、診断内容や治療法に関して当院での意見・判断を提供いたします。その意見や判断を、患者さまご自身の治療に際しての参考にしていただくことを目的としております。

セカンドオピニオン外来を受けるにあたっては、下記の事項をご理解の上、お申し込みをお願いいたします。なお、セカンドオピニオン外来は完全予約制となっております。お電話にてご予約をお願いいたします。 TEL. 03-3664-6858

● セカンドオピニオン外来の内容

診断内容や治療法に関して当院での意見・判断を提供いたしますが、治療行為はいたしません。相談後の治療は、原則主治医に継続していただきます。相談内容については主治医にご報告させていただきます。

● 相談内容および必要な資料

治療に関する相談のみとなります。医療訴訟の問題、医療費の内容、医療給付に関すること、主治医に対する不満、転医希望等に関する相談はお受けできません。また、現在受診されている主治医からの紹介状（診療情報提供書）ならびに検査資料（画像データ・血液検査データ・心電図）等が必要となります。

なお、紹介状（診療情報提供書）の書式は、主治医の先生が普段使用しているもので構いません。

● 相談（セカンドオピニオン）の対象の方

原則、患者さまご本人ですが、ご家族の方だけでも可能です。なお、紹介状（診療情報提供書）の書式は、主治医の先生が普段使用しているもので構いません。

● 相談（セカンドオピニオン）にかかる費用

11,000円（税込） ※相談時間は30分を上限とします。