

神戸市立医療センター西市民病院セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び相談料として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で、セカンドオピニオン外来を申し込みます。 令和 年 月 日

患者氏名		性別	男 ・ 女
住所			
連絡先		生年月日	
相談者氏名		続柄	
相談者連絡先			
現在治療中の病院・医師名 【病院名】 _____ 【医師名】 _____ 【電話番号】 _____			
現在の診断名と治療方針			
当院でお聞きになりたいこと			
当院の診療科の指定 (_____ 科)			
必要書類 ① 診療情報提供書 ② 画像データ (レントゲン・CT・MRI 等) 有・無 ③ 検査データ 有・無 ④ 生理検査の結果・病理検査結果報告書 ⑤ その他 (_____)			

ご注意

- ① 当院でお受けできるかどうか、できる場合の日時等は改めてご連絡いたします。
- ② 患者さん以外の方が相談にお見えになる場合は、患者さんの同意書が必要です。
- ③ 費用は、1時間以内 11,000 円 (税込) です。健康保険は使用できませんのでご了承下さい。
- ④ ご相談内容によっては一般外来の受診をお勧めすることがあります。