

鹿児島市医師会病院セカンドオピニオン申込書

＜紹介元＞

平成 年 月 日

医療施設名：

科・医師名：

住 所：

T E L：

F A X：

相談希望科	科	病 名		
状 態	通院中 ・ 入院中	病名告知	未告知・告知済み	
		当該疾患に対する治療歴の有無	未治療・既治療	
フリガナ		生 年 月 日	性別	当院の受診歴
患者氏名	様	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳	男・女	有・無
住 所 (書類送付先)	TEL : () FAX : ()			
相 談 者	☐ 本人 ☐ その他 (別紙委任同意書、本人確認書類が必要となります。)			
相談の 概 要	(手術の適応、治療法の選択肢等、なるべく具体的にご記入ください。)			

紹介元の先生方へ

以下の項目について患者様へ説明いただき□にチェックをお願いいたします。

- ☐ 意見の提供のみで診療行為は行わないこと
- ☐ 自費診療 1 時間以内 10,000 円(税別)、30 分増すごとに 5,000 円 (税別) の加算 (原則として返書記載時間を含みます)
- ☐ 同意書の記載、発送について

※以上、ご記入いただき本書をFAXにて当院医療連携室へ送信ください。担当医師と相談の上、数日中に「セカンドオピニオン外来相談連絡票」にて日時をお知らせいたします。
なお、診療情報提供書・各種フィルム等、相談に必要な資料の提供をお願いいたします。

医師会病院使用欄				
予約日時	平成	年	月	日 () 時 分
診療科	科	医師		
調整者				

本 書 送 信 先

FAX : 099-254-1308

鹿児島市医師会病院医療連携室

TEL : 099-254-1121

* 送信先のFAX番号をお間違えにならないよう十分にご注意ください。 鹿児島市医師会病院医療連携室