

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

鹿児島市医師会病院セカンドオピニオン外来申込書 (患者様用)

私の病状についての診断の内容や、治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を
 用紙の同意書を添えて、鹿児島市医師会病院に申込みをいたします。

平成 年 月 日

患者本人署名 印

患者氏名、性別	ふりがな 氏名 (男・女)		
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成)	年 月 日	(歳)
希望診療科	科		
相談者	☐ 本人 ☐ 家族		
相談者氏名・連絡先	ふりがな 氏名 (続柄)		
	住所 (〒番号)		
	TEL ()		
	携帯電話 ()		
	FAX ()		
鹿児島市医師会病院の受診歴	☐ 無 ☐ 有	(昭和・平成	年 月 日頃 科)
かかりつけの医療機関 と主治医名	() () 科 () 先生		
病名			
状態	☐ 通院中 ☐ 入院中		
相談したいこと (最も聞きたいことから順に 箇条書きでお書き下さい)			
当日お持ちできる持参 品に○印をしてください	患者情報提供書 (紹介状)・レントゲンフィルム、CTフィルム、MRIフィルム・血液データ・ その他検査報告書 ()		

医師会病院使用欄	
予約日時	平成 年 月 日 ()
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: 099-254-1125

- *申込み内容を検討して、後日連絡させていただきます。
- *記録を残すためFAXで連絡をいたします。FAX連絡が不可能な場合、
電話にてご連絡いたします。
- *この書類には個人情報が入りますので、送信先のFAX番号をお間違え
ならないよう十分にご注意ください。