

鹿児島市医師会病院セカンドオピニオン申込書

<紹介元>

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 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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 | 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番号をお間違えにありません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