セカンドオピニオン申込書･同意書

申込日　　年　　月　　日

大阪市立十三市民病院長　様

私は、下記事項に同意し、次の通りセカンドオピニオンを申し込みます。

- □ セカンドオピニオンの趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと
- □ セカンドオピニオン料として、21,600円(保険適応外)を支払うこと
- □ キャンセル時、預けた診察資料(診療情報提供書･画像データ)の取り扱い
  - ･返却必要時:画像データのみ申込者に返却(費用は申込者負担)
  - ･返却不要時:貴病院で破棄

※太線枠内は記入しないでください

申込者記入欄

申込区分	： 患者本人 ・ 患者家族(間柄:　　) ・ その他(　　)	
住所	〒　　ー	
ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先(電話番号)
署名		①
面談人数	患者本人来院(有･無) 計　　人	②

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名		性別	□男　□女
		生年月日	M・T S・H　年　月　日(　歳)
現住所	〒		
連絡先(電話番号)	①	②	
現在の診療状況	□外来通院中　□入院中	病院等の名称	

所見を求めたい内容(できるだけ詳細に記入してください)

⑤提出資料確認欄 (提出していただける物にチェックを入れてください)	□病状説明書(診療情報提供書等)　□CD-ROM(　　)枚
	□同意書　□患者本人健康保険証コピー　□相談者健康保険証コピー
	□相談者身分証明書コピー　□その他(　　)

病院記入欄

資料受理日

- □ 病状説明書
- □ CD-ROM
- □ 同意書
- □ 患者本人身分証明
- □ 相談者身分証明
- □ その他

受理者署名

担当診療科名

担当医師名

面談予約日時

年　月　日(　)

時　　分～

面談者へ日時報告

年　月　日

担当者名

相談室

当日の来院者

既取得ID

有 ・ 無

患者ID

ファイル通し番号

備考

･CD-ROM返却枚数

(　　)枚

･その他返却

(　　)