

相談者様用チェック項目

* 以下の項目について全てご了承いただけましたら申込書を郵送してください。

- 主治医にセカンドオピニオンを希望している事を伝えている。
- セカンドオピニオン目的の診療情報提供書・画像データ・検査データを用意できる(または依頼できる)
- がんの場合告知済みである。
- ご本人以外の相談にはご本人の同意書が必要。
- 費用は相談なので保険適用外:30分まで11,000円(税込)、最長60分まで22,000円(税込)
- その後当院での治療を希望する場合は、改めて「治療目的」の診療情報提供書を用意の上、予約センターで一般外来受診の予約を取る。

以下の場合にはセカンドオピニオンをお受けできません。ご了承ください。

- ・事前申込をいただいていない場合
- ・ご本人、ご家族以外からのご相談
- ・ご本人が確認できる書類(健康保険証等)をお持ちでない場合
- ・相談者様が患者様ご本人以外の場合で相談同意書及び相談者の身元が確認できる書類(健康保険証等)をご持参いただけない場合
- ・死亡した患者様についてのご相談
- ・主治医の了解が得られていない場合
- ・相談に必要な書類、資料等を準備できない場合
- ・医療ミスに関するご相談
- ・当院に相談内容に関する専門医がない場合

診療科から電話がありましたら、こちらを荷物の表に必ず添付してください。

診療科：	科
セカンドオピニオン資料在中	

----- キリトリ線  -----

湘南藤沢徳洲会病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私の症状についての診断の内容や、現状及び今後の方針などに関するセカンドオピニオンの提供
下記事項に同意の上、湘南藤沢徳洲会病院に申し込み致します。

*「湘南藤沢徳洲会病院セカンドオピニオン外来の案内」の記載事項

*裁判の目的に使用しないこと

*自由診療料金として、定められた金額の支払い

西暦 年 月 日

患者本人署名・捺印 印

本人以外の場合の相談者署名 印

*太枠内をご記入ください

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
希望診断科 医師	診療科名:	科 / 医師名:
患者氏名	ふりがな	
	氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生	歳
患者連絡先	〒 -	
	住所:	
	TEL:①	②
相談者氏名	ふりがな	
相談者連絡先	〒 -	
	住所:	
	TEL:①	②
主治医の医療機関	医療機関名:	
	住所:	
	TEL:	
	診療科名:	科 / 医師名:

病院記入欄

相談の可否	可 ・ 否	(否の場合、理由を相談者へご連絡します)	
相談予定日	第1候補	年 月 日()	時 分
	第2候補	年 月 日()	時 分
申込書受理日		年 月 日()	
連絡日時		年 月 日()	
決定日時		年 月 日()	
備考			

湘南藤沢徳洲会病院 セカンドオピニオン外来 相談同意(委任) 兼 誓約書

湘南藤沢徳洲会病院 病院長殿

私、_____は、以下の者が私の代理人として、湘南藤沢徳洲会病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。また、セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報などを湘南藤沢徳洲会病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を湘南藤沢徳洲会病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについてもあわせて同意します。

尚、この受診に関して、今後起こりうる一切のトラブルに対し、病院側に責任を問うことは絶対でない事を、誓約致します。

代理人

住所

氏名

印

西暦 年 月 日

患者本人

住所

氏名

印

生年月日

西暦 年 月 日

*本人直筆でご記入ください。代筆の場合は理由をお書きください。
*代理人は、家族であることを証明できるもの(運転免許証・保険証等)をご持参ください。

【代筆理由】
