

東京高輪病院 セカンドオピニオン外来申込書

※太枠内をご記入の上、「医療連携・患者支援センター」あてに郵送でお送りください。

申込書記入日 平成 年 月 日 記入者氏名 印

患者 情報	フリガナ 男・女 氏 名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	
	住 所	〒
	電話番号	()
相談者 情報	※患者さんご本人の場合は、記入不要です フリガナ 患者さんとの続柄 () 氏 名 男・女	
	住 所	〒
	電話番号	()
医療機関 情報	病院名： 病院の連絡先：	
	病 名	入院中 ・ 通院中
	診療科名 主治医名	
相談したい 内容	※なるべく具体的にご記入願います。	
その他の ご希望内容等		
当院使用欄	受診可否： 可 ・ 否 受診予定日： 年 月 日 時 分 担当医師： 医師 担当者：	

東京高輪病院 セカンドオピニオン外来相談同意書

平成 年 月 日

東京高輪病院長 殿

私（患者署名）_____は、東京高輪病院でのセカンドオピニオン外来受診にあたり、以下の内容について同意します。

- * 貴院においては治療行為や検査などは受けられないこと、また、私の主治医あてに貴院から報告書が作成されること。
 - * この外来での相談内容を、私の主治医に対する苦情や、医療過誤・医療訴訟に関する目的に使用しないこと。
 - * 自由診療であり、30分ごとに20,000円（税別）の料金を支払うこと。
 - * 私が来院できない場合には、代理人（氏名_____）
（続柄：_____）に私の病状等の内容について貴院の担当医師から話をすること。
- ※患者さんご本人が来院される予定であっても、何かのご都合でご本人が来院できなくなってしまった場合として、代理人のご記入をお願いします。
- ※ご相談者が患者さん以外の場合は、患者さんご本人との続柄が証明できるものを必ず持参願います。