

京都医療センター セカンドオピニオン外来 申込書 _____ 宛

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴センターのセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

(ふりがな) 患者さんの氏名・性別	(ふりがな) 殿(男・女)
生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生(歳)
患者さんのご住所・連絡先 ※予約票をお送りいたしますので FAX 番号は必ずご記入ください。	〒 _____ - _____ TEL: _____ - _____ FAX: _____ - _____ E-mail: _____ @ _____
ご相談者氏名	ご本人・ご家族(続柄 _____)
ご相談者の住所・連絡先	〒 _____ - _____ TEL: _____ - _____ FAX: _____ - _____ E-mail: _____ @ _____
日程の希望	(_____ ~ _____ の間) 都合がつかない日(_____)
疾患名	#1 _____ #2 _____ #3 _____
ご相談の具体的内容 (ご自由に記載して下さい。 別紙に記載頂いても構いません。)	
主治医の医療機関と、お名前・所在地・電話番号 (わかる範囲で結構です。)	_____ 病院・診療所・医院 (_____)科 (_____)先生 TEL: _____ - _____

【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日(_____) _____ 時 _____ 分
担当医	_____ 科 _____ 先生
相談場所	診療科診察室・その他(_____)

※ご相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

※料金は 1 時間 22,000 円(税込) (相談 45 分、報告書作成 15 分)、30 分を超える毎に 11,000 円(税込) です。

全額自費で健康保険は適用されません。

※ご希望日はご希望に添うように調整いたしますが、他の患者さんの治療の都合等により、ご希望に添えないことがあります。ご了承ください。

国立病院機構京都医療センター セカンドオピニオン外来

相談同意書

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____（続柄）_____ に対して、貴センター
担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、
意見や判断を述べ、申し出があれば私の主治医あての報告書が作成されることに
同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

（患者さんご氏名・自署）_____ 印