

# セカンドオピニオン外来申込書

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

おところ 〒 - \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

来院される方のお名前(続柄) \_\_\_\_\_

## 説明・確認事項

①紹介状(必須)

②その他参考となるデータ(レントゲンフィルム等)(有・無)

### 【紹介状が必要な理由】

セカンドオピニオンとは、個々の患者様の症状に応じた治療法などをお話しすることに意味がありますが、紹介状がないと詳しい症状がわかりませんので、一般的なことしかお答えできなくなってしまいます。そのため、必ず紹介状お持ち頂いております。また、セカンドオピニオン外来は一般的なことについてお話しすることを目的とはしておりませんので、紹介状が無い場合はセカンドオピニオンをお受け出来ません。

③傷病名 \_\_\_\_\_

④受診中の病院名 \_\_\_\_\_ 病院・医院

⑤受診中の病院の 主治医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

⑥相談内容 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⑦来院者 本人 家族 その他( )

⑧紹介状等資料の事前の提出について 可能 不可能

### 【紹介状等の事前提出が必要な理由】

紹介内容の判読でも10~20分程度かかりますので、まえもって郵送・FAX等でいただければ、事前の準備が可能となり、より多くの時間を説明に費やすことが可能となります。

⑨その他参考事項 \_\_\_\_\_

⑩料 金 60分まで10,800円、以降30分まで毎に5,400円(消費税込み、保険適用外)

⑪外来希望日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 頃 \_\_\_\_\_ 時頃

### 【完全予約制の理由】

セカンドオピニオン1件に、通常1時間程度の必要時間を見込んでおります。このため、ある程度余裕のある時間帯を確保する必要がありますが、他の患者様の治療や手術などの予定もあり、完全予約制としております。

※青い下線の力所の記入をお願いします。

決定日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

※出張・手術等で日程の調整が困難な場合は後日電話連絡します。