

泉大津急性期メディカルセンター セカンドオピニオン予約申込書

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を同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日

患者氏名	フリガナ	
	(氏名)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	ID :	男・女 (歳)
	〒 ー 住所	連絡先電話番号 TEL : 携帯番号 :
申込者氏名	フリガナ	患者さんとの続柄
	(氏名)	本人 家族 その他 ()
	〒 ー 住所	男・女 連絡先電話番号 TEL: 携帯番号 :
	受診している医療機関所在地・名称	
現在の状況	電話番号 : FAX :	
	受診科 : _____ 科 主治医 : _____ 先生	
	病名 : _____ 通院中・入院中・その他 ()	
	泉大津急性期メディカルセンター受診歴 有・無・不明 ※合併前の泉大津市民病院・府中病院の受診歴を含む	

* ご相談内容

* 相談日について (ご都合の悪い曜日・時間) お知らせください

【お問い合わせ】

泉大津急性期メディカルセンター 患者支援室

電話番号 : 0570-02-1199 (代)

FAX : 0725-58-8231

受付時間 午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 00 (日・祝・年末年始除く)

セカンドオピニオン外来予約確認票

年 月 日

患者氏名： _____ 様 性別：男・女
患者生年月日： _____ 年 月 日
当院ID： _____

予約診療科： _____ 科 _____ 医師
予約日： _____ 年 月 日
予約時間：午前・午後 _____ 時 _____ 分

当日は予約時間の15分前までに、1階 **A I F総合相談センター**にお越しください

◆ご持参いただくもの◆

- 予約確認票（こちらの用紙）
- セカンドオピニオン申込書
- 診療情報提供書
- 相談に必要なレントゲンフィルム、検査データなど
- 本人同意書（ご相談者が本人以外の場合は本人同意書が必要です）
- 続柄を示す書類（患者様が未成年の場合は、続柄を示す書類[健康保険証]が必要です）

その他： _____

*予約日時にご来院できない場合はお手数ですが下記までお早めにご連絡下さい

【お問い合わせ】

泉大津急性期メディカルセンター 患者支援室 担当： _____

電話番号：0570-02-1199(代)

FAX：0725-58-8231

受付時間 午前9：00～午後5：00（日・祝・年末年始除く）

セカンドオピニオン外来について

[セカンドオピニオン外来の内容]

当院では、患者さんに最善の医療を選択して頂くために、セカンドオピニオン外来を行っています。診療情報提供書と検査資料やレントゲンフィルムをもとに、診断内容や治療法に関して当院専門医の意見・判断をお話しいたします。その意見や判断を、患者さんがご自身の治療を行うにあたりご参考にしていただくことが目的です。

[相談担当医]

各診療部長及び副部長が相談に応じます
相談内容によっては専門医が相談させていただきます

[ご相談を希望される対象者]

患者本人、あるいは患者さんの同意を得た家族

[相談内容]

診療や治療についてのみ相談をお受けいたします
主治医への不満、医療費・医療訴訟に関する相談はお受けできません

[相談に必要な資料]

主治医からの診療情報提供書、相談に必要なレントゲンフィルム、検査データなどの資料をご持参ください

[相談費用] (保険は適用されませんので全額自費となります)

30分以内 5,500 円、30分以上 60分まで 11,000 円となります
* ご相談は最長 60分までとさせていただきます

[申し込み予約方法] (完全予約制)

セカンドオピニオン申し込み予約は患者支援室にかかりつけの病院より申し込みのお電話いただきますようお願いいたします。
電話番号：0570-02-1199 (代) FAX:0725-58-8231
受付時間： 午前 9：00～午後 5：00

泉大津急性期メディカルセンター 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、貴院
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、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。

年 月 日

■住所 _____

■患者氏名 _____ (印)

■生年月日・性別 _____ 年 月 日生 (男 ・ 女)

■連絡先 (電話) _____

この同意書は患者本人が記入してください。