

市立敦賀病院セカンドオピニオン外来相談申込書

相談結果を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うえ、次のとおりセカンドオピニオン外来の相談を申し込みます。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | |
|---|----------------------------------|
| 1 患者記入欄 | |
| (ふりがな) 氏 名 | |
| 生年月日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 |
| 住 所 | |
| 連 絡 先 | 電話番号 |
| 相談希望日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 2 相談者記入欄 ※相談者が患者本人の場合は、記入はいりません。 | |
| (ふりがな) 氏 名 | (患者との続柄 _____) |
| 住 所 | |
| 連 絡 先 | 電話番号 |
| 疾 患 名 | |
| 相談の内容 | |

※この申込書に記入された個人情報については、当院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用しません。

■相談の内容が以下の項目に該当する場合は、相談をお受けすることができませんので、ご確認のうえ、お申し込みください。

- 主治医から、紹介状(診療情報提供書)をもらっていない。
- 主治医から、相談に必要な資料をもらっていない。
- 特定の医師や医療機関(市立敦賀病院以外)への紹介を希望している。
- 市立敦賀病院での治療を希望している。
- 相談内容は、主治医に対する不満である。
- 現在、裁判係争中である。
- 相談内容は、医療費の内容、医療給付に関わることである。
- 死亡した患者についての相談である。
- 相談内容は、治療後の結果の良し悪しを聞くことである。