

予約申込書（患者様用）

年 月 日

1. 「聖隷浜松病院セカンドオピニオン外来について」（別紙参照）に同意した上で、セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。
2. 予約申込書は、セカンドオピニオンのみに使用します。
3. 予約申込書は、相談者が記入し、地域医療連絡室へFAXして下さい。原本は当日ご持参下さい。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

患者様の氏名、性別	( 男 ・ 女 )
生年月日（年齢）	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒 _____
申込者の連絡先	( ) - _____ 自宅・本人携帯・家族携帯（続柄 _____）
申込者の続柄	ご本人、ご家族（続柄 _____）
相談の具体的な内容  (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	

## 聖隷浜松病院 セカンドオピニオン外来について

1. 医療機関からの完全紹介予約制です。
2. 事前にいただいた相談内容によっては、お受けできない場合（診療科）もございます。
3. セカンドオピニオンは、新たな検査や治療を行うものではありません。医師は、患者さんからのお話や紹介状・資料の範囲で意見を提供いたします。
4. セカンドオピニオン後の相談結果は、必ず担当医（主治医）に報告いたします。
5. 当院セカンドオピニオン外来は、当院の医長以上の医師が、意見を提供いたします。
6. セカンドオピニオン後、聖隷浜松病院での診療を希望される場合は、改めて治療を希望する旨の紹介状が必要です。

### セカンドオピニオン外来の対象となる方

患者さんご本人の相談を原則としています。

ご家族の方でも相談は可能ですが、その場合、患者さん本人の同意書が必要となります。

相談者をご家族のみの場合及び患者さんが 18 歳未満の場合は、続柄を確認できる書類（健康保険証など）をお持ちください。

### セカンドオピニオンをお受けできない場合

- ・ ご本人、ご家族以外からの相談。ご家族でもご本人の同意書をお持ちでない場合
- ・ 他の医療機関からの紹介状・資料（X線写真、検査データ等）をお持ちでない場合
- ・ 当院医師の診察や検査・治療などを希望される場合
- ・ 最初から転医、転院を希望される場合
- ・ 主治医に対する不満、医療過誤及び訴訟に関する相談
- ・ 医療費の内容、医療給付に対する相談
- ・ 死亡された患者さんを対象とする相談
- ・ 相談内容が当院の専門外である場合
- ・ 治療後の良し悪しの判断を目的とする場合

### 料金

健康保険は適応外となりますので、全額自己負担です。

原則 30 分以内 11,000 円（税込）です。

医師の判断等により 30 分を超える場合でも、30 分ごとに 11,000 円（税込）がかかります。