

(所定様式1)

セカンドオピニオン外来申込書

横浜鶴ヶ峰病院 殿

私（自署） _____ は下記すべての問いを理解し同意します。

左チェック欄のすべてにVがなければお申し込みできません。

<input checked="" type="checkbox"/> 欄	設 問
<input type="checkbox"/>	当院での検査や診療、転院を希望しません。
<input type="checkbox"/>	現在の病院やかかりつけ担当医に関する相談ではありません。
<input type="checkbox"/>	医療事故や医療費についての相談ではありません。
<input type="checkbox"/>	交通事故、訴訟等による相談ではありません。
<input type="checkbox"/>	ご本人、ご家族以外からの依頼ではありません。
<input type="checkbox"/>	ご本人はお亡くなりになられている場合は対象となりません。
<input type="checkbox"/>	現在の主治医もセカンドオピニオンに了承済みです。
<input type="checkbox"/>	相談時の録画、録音はいたしません。
<input type="checkbox"/>	日本語以外の言語の場合、医療通訳を同伴いたします。
<input type="checkbox"/>	相談料は自費になります。 30分 10,800円 60分まで 21,600円（税抜） 30分経過毎に 10,800円
<input type="checkbox"/>	希望している相談内容に対応できる専門医が、当院にいない場合は相談を辞退しても構いません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 患者自署 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____