

# セカンドオピニオン外来申込書

自由診療の料金として定められた金額を支払うこと及び訴訟等の目的に使用しないことに同意の上、以下の内容で、神戸医療センターのセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

氏名 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

(フリガナ)	(フリガナ)
患者氏名・性別	( 男 ・ 女 )
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 ( 歳)
患者住所・連絡先	〒 住所：
	電話番号： — —
相談者氏名	本人・家族(続柄)
疾患名	
相談の具体的な内容 ※ご自由に記載ください	
受診医療機関名	
診療科・医師名	( 科 ) ( ) 先生
相談希望日	

## 【当センター記載欄】

相談日時	年 月 日 ( ) 時 分
担当医	科
受診場所	科診察室 ・ その他

※相談日に、現在通院されている病院からの診療情報提供書(紹介状)及び検査資料をお持ちください。

可能であれば相談日までにFAXもしくはご郵送下さい。

※料金は30分間11,000円 60分間16,500円です(消費税込) 全額自費で、健康保険は適用されません。

※相談日はご希望に添うように調整しますが、他の患者様の治療の都合もありますので、ご希望に添えないこともありますのでご了承ください。

※相談者がご本人以外の場合、別紙のセカンドオピニオン外来相談同意書を合わせてご提出ください。

〒654-0155 神戸市須磨区西落合3丁目1番1号

TEL 078-791-0111

独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター 地域医療連携室

FAX 078-795-6591

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名）\_\_\_\_\_は

\_\_\_\_\_  
（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して

貴センター担当医師が私の疾患についての診断、診療内容及び治療方針

について意見・判断を述べ、報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

独立行政法人国立病院機構  
神戸医療センター院長 殿

担当：地域医療連携室  
TEL 078-791-0111  
FAX 078-795-6591