

## 新潟医療センター セカンドオピニオン 申込書

自由診療料金として定められた料金を支払うことを了承した上で、貴院の医師による意見や判断により、現在の治療も参考にいたしたく、新潟医療センターのセカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日

患者様の情報	ふりがな 氏 名		男・女
	住 所	〒           —	
	電話番号	—                   —	
患者様以外の 相談者の情報 <small>(ご家族の同席 または ご家族のみの場合)</small>	ふりがな 氏 名	(患者様との続柄：                   )	男・女
	住 所	〒           —	
	電話番号	—                   —	
疾 患 名			
相 談 目 的			
相 談 希 望 日	①           年       月       日       時頃 ②           年       月       日       時頃		
現在受診して いる医療機関	医療機関名： _____ 病院・診療所・クリニック 診 療 科： _____ 科 担当医師名： _____ (現在       通院中   ・   入院中   )		

※現在、受診されている医療機関からの診療情報提供書および相談に必要な資料をお持ちください。

※セカンドオピニオンの料金は、1時間まで11,000円(税込)。以降30分につき5,500円(税込)です。

※ご家族の同席 または ご家族のみでセカンドオピニオンを希望する場合、別紙の医師面談同意書が必要です。

## 医師面談同意書

私は、下記面談者が私の疾病に対する診断の内容および治療内容・方針等について、新潟医療センターで定める規則に従い面談することに同意します。

また、面談者は、面談に関する費用(健康保険対象外 1時間まで11,000円 以降30分につき5,500円)の支払いについても合わせて同意します。

令和 年 月 日

○ 面談者(署名) \_\_\_\_\_

(患者様との続柄 : \_\_\_\_\_ )

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

○ 患者様氏名(署名) \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )