

岩手医科大学附属病院セカンドオピニオン受診申込書

岩手医科大学附属病院長 殿

私は、セカンドオピニオンを申し込むにあたり岩手医科大学附属病院の定める以下の要件について理解し承諾のうえ、セカンドオピニオンを申し込みます。

*受診に際して、ご承諾いただく要件及びご用意いただくもの

- ①主治医から診断・治療方針の説明を十分に受け、それでも判断できずに困っていること。
(治療方針への不満あるいは医療訴訟を目的とする相談は対象としない。)
- ②セカンドオピニオンはあくまでも別の医師に意見を聞き、最終判断は本人か家族が行うことを了解していること。
(前の医師の判断及び治療方針を裁定「ジャッジ」してもらおうということではない。)
- ③主治医からの診療情報提供書(紹介状)、検査結果・画像フィルム等の診療データを持参すること。当院での検査・治療は行わないこと。
- ④セカンドオピニオン実施の結果については、紹介元的主治医へ報告書を提出(郵送)することを患者(家族)が承諾していること。
- ⑤セカンドオピニオン実施後は、元の医療機関(主治医)に戻っていただくこと。

*相談料金

- ① 30分以内 11,000円(税込)
 - ② 30分超え60分以内 22,000円(税込)
- *60分を超え30分毎に11,000円(税込)を加算する。

年 月 日

フリガナ

[男・女]

患者氏名

生年月日

年

月

日生

〒

-

Tel

-

-

住所

保護者

又はご家族氏名

〒

-

Tel

-

-

住所

(患者様が未成年の場合には、必ず保護者の氏名を記入してください。)



岩手医科大学