セカンドオピニオン外来申込書・同意書

・セカンドオピニオンの定義
既に他の医療機関で診療を受けている患者さんが、当院の医師に対して、診療内容や治療方針に関する意見を求めた時、これらに対して適切な意見や判断を提供すること。

・相談時間及び料金
対面による相談　　60分まで　22,000円（税込）
※紹介状・画像等の確認、報告書作成の時間を含む。
オンラインによる相談　　30分まで　11,000円（税込）
※通信料、紹介状・画像等の確認、報告書作成の時間を含む。

私の疾患についての診断及び治療内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を上記事項に同意の上、申込みをいたします。

令和　　年　　月　　日

患者氏名　　印

患者以外の相談者氏名　　印

（ 続柄 ：　　）

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	患者生年月日	大正・昭和・平成・令和
				年　月　日（　）才

※ご家族のみで相談する場合は、下記をご記入下さい。

ご相談者の連絡先

住所　〒　－

電話番号　自宅 ：　　携帯 ：

【 患者同意書 】

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴院担当医が、相談者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛てに報告書を作成することに同意します。

令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※以下は病院記入欄ですので、記入しないで下さい。

患者ID ：

診療科 ：	担当医師 ：

一般財団法人　脳神経疾患研究所

令和8年8月1日　改定