

# オンラインセカンドオピニオン外来 受診同意書

アレックス脊椎クリニック 院長殿

| 項目     | 内容   | 確認☑                      |
|--------|--|--------------------------|
| 外来概要   | セカンドオピニオンとは、現在受診中の主治医（かかりつけ医）以外の医師に診断や治療方針を聞き、患者様が納得した治療を選択するためのものです。当院では、現在診療中の主治医からの資料（紹介状や画像データなど）に基づき、面談や診察をオンラインで行い、治療方針等について助言を提示しています。  | <input type="checkbox"/> |
| 受付について | 予約時間に遅れた場合は当外来をお受けできません。<br>必ず予約時間 5 分前にはアプリの起動を行ってください。診療予約の変更やキャンセルをされる場合は、必ず前日までに当院に電話でご連絡下さい。(03-5758-1321) キャンセル料はかかりません。   | <input type="checkbox"/> |
| 料金について | 予約に関する特定療養費として定める所定の予約料を頂きます。料金はアプリ予約取得時に自動引き落としさせていただきます。払い戻しは出来兼ねます。<br><b>【料金】オンラインセカンドオピニオン 15分:22,000円(税込)その他アプリ利用料 330円(税込)が発生いたします。15分超えた場合は、延長料金としてオンラインセカンドオピニオン終了後、アプリ上で11,000円(税込)追加徴収致します。</b> | <input type="checkbox"/> |
| 同意事項   | 1. 訴訟などの目的に使用しないこと<br>2. 患者・家族に関わらず自由診療料金として定められた方法で金額を支払う事<br>3. 原則として主治医に戻ること<br>(当院あるいは他院での治療を希望する場合は、現在の主治医から改めてご紹介いただきます)<br>4. 死亡した患者さんが対象でないこと  | <input type="checkbox"/> |
| 個人情報取扱 | 個人情報の保護に関する法律および当院が定める個人情報保護に関する指針に基づき、診療録に記載されている情報は厳重に管理されます。  | <input type="checkbox"/> |

何かご不明点等ございましたら、職員もしくは担当医にご相談ください。

以上全ての説明内容に対して同意の上、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

西暦 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

【代理受診同意書】 \*ご本人が相談日に来院できない場合

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した相談者 \_\_\_\_\_ に対し、私の疾患についての診断・治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べることに同意します。

西暦 年 月 日

申込者(相談者)氏名 \_\_\_\_\_