特別外来診療同意書

医療法人全医会
東京腰痛クリニック　殿

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴クリニックにて、国分名誉教授における、K 点外来診療によって、私の病状について相談に応じ治療内容、今後の見通し等につきまして、意見を述べること、その内容について私の主治医宛に診療情報提供書が作成される場合があること、名誉教授による特別外来の費用については、自費診療の扱いとなることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

患者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（フリガナ）
患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（　明治・大正・昭和・平成　）　　年　　月　　日

日中連絡先電話番号（　　）　　－

※注 1、＿＿＿＿＿の箇所は自署いただきますようにお願いいたします。
注 2、代筆の場合は、代筆者名、患者本人との続柄、代筆理由をご記入ください
注 3、特別外来の費用は、初回 60 分 22，000 円（税込）2 回目以降 20 分 11，000 円（税込）となります。
注 4、診療中の録画・録音、写真撮影は原則禁止させていただいております。無断で行われませんようにお願いいたします。

（フリガナ）
代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿

代筆理由：