大分赤十字病院　面談担当者(医事課)　宛

**FAX 097(533)1207**

# 面談申込書

申込日:　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申込者 | 所属名 | | | |
| | 役職等 | | | |
| | ふりがな | | 連絡先 | |
| | 氏名 | | | |
| 申込先 | 診療科名 | | | |
| | 医師名 | | | |
| 対象患者情報 | 氏名(ふりがな) | (　　) | | |
| | 住所 | | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日　生 | | |
| | 対象期間 | 年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 | | |
| | 同意書・委任状添付の有無 | 有　・　無　　※当日提出いただけない場合は、面談に応じかねます。 | | |
| 面談希望日 | 第一希望 | 年　月　日(　)　時　分 から | | |
| | 第二希望 | 年　月　日(　)　時　分 から | | |
| | 第三希望 | 年　月　日(　)　時　分 から | | |
| | ※特に希望がない場合は記入不要。 | | | |
| 支払方法 | 現金　・　クレジットカード　・　振込　・　その他(　　) | | | |
| その他(質問内容等) | ※質問内容に関しては、できるだけ詳しく記入願います。 | | | |

①面談の申し込み

・申込書を事前に医事課へ郵送(〒870-0033 大分市千代町3-2-37　大分赤十字病院　医事課宛)、FAX(番号は上部に記載)又は窓口に持参願います。

②面談日時等の通知

・医師と調整の上、面談担当者(医事課)から面談の日時や場所等を電話で連絡します。
(面談に応じられない場合は、その旨を連絡します。)

③面談の実施(注意事項)

・面談の当日は、医事課受付へ10分前までにお越しいただき、担当職員へお声かけの上、患者さんの同意書又は委任状(未成年の場合は法定代理人(親権者)、死亡した者の場合は法定相続人、精神上の障害等により事理を弁識する能力を欠く常況にある者の場合は成年後見人又はこれに代わる者)の提出と、身分証(名刺等)を提示願います。

④面談時間・料金について

・面談時間は原則30分以内とし、料金は30分以内は10,000円(税別)です。30分を超過した場合、30分ごとに5,000円(税別)の追加料金となります。

| 病院欄 | 面談可能日 | 面談場所 | コメント | 面談医師 | 医事課担当者 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 月　日<br>時　分～ | | | | |