

## 医師へのご相談について

患者様の関係者様（学校の担任教諭、勤務先上司・産業保健スタッフ、行政関係者等）が、現在の症状についてのお尋ねや今後の対応等のご相談を希望される場合、下記のとおり請求させていただきます。

再診料 + **精神科継続外来支援・指導料 55点**  
**3割負担の場合 380円（夜間加算算定：530円）**

面談時間は20分程度とお考え下さい。  
連絡・報告事項は、文書やお電話で予めお伝えいただければ助かります。

この面談は、患者様の保険をお使いしての診療行為という位置づけですので、当院は患者様にご請求申し上げます。費用のご負担に関しましては、患者様と面談を希望される方とで、ご相談ください。

面談には、患者様ご本人の承諾が前提となります。以下の同意書に記入し、相談の依頼をしていただきます。面談希望者が複数の場合は全員分ご記入ください。ご記入のない方が来院されても面談には応じられません。

時間設定にゆとりを持たせたいと思いますので、必ずご予約をお願いします。

ご来院時もしくは事前に、必ず同意書をお持ち下さい。守秘義務の観点から、同意書をお持ちいただけない場合は、理由の如何を問わず、面談をお断りさせていただきます。

平成 年 月 日

かなでクリニック 御中

### 同意書

私は、下記の面談希望者に対し、私自身の治療に関する情報を提供することに同意いたします。

面談希望者氏名

面談希望者氏名

所属

所属

患者との関係

患者との関係

患者氏名（自署）

印

生年月日

住所

※未成年の場合

保護者氏名（自署）

印