

主治医との面談をご希望の方へ

職場または学校の関係者の方が主治医と面談を希望される場合は、基本的には患者様（未成年の場合は保護者様）と一緒に来院してください。

患者様（保護者様）との日程調整が難しい等の特別な理由がある場合は、職場または学校関係者の方のみでの面談も可能ですが、同意書の提示と面談料（自費）のお支払いが必要になります。

患者様（保護者様）と一緒に面談される場合（保険診療）

予約

必ず、患者様（保護者様）から醍醐病院医事課宛にご連絡ください。
主治医と日程調整を行い、予約を確定いたします。

面談当日

必ず、患者様（保護者様）と一緒に来院してください。
面談費用は、保険診療としての取り扱いをさせていただきます。

学校または職場関係者の方のみで面談を希望される場合（自費）

患者様（保護者様）が同席されない場合は、以下の点にご留意ください。

- ① 患者様（保護者様）の同意書を持参してください。
- ② 通常の保険診療でお取り扱いできないため、自費でお支払ください。
お支払いは、患者様（保護者様）とご相談の上、どちらが負担されるかお決めください。当日のお支払いが難しい場合、別途ご相談ください。

予約

基本的には、患者様（保護者様）から醍醐病院宛にご連絡ください。
主治医と日程調整を行い、予約を確定いたします。

面談当日

病院窓口に**同意書**を提出してください。
（同じ内容で同意書を作成いただいても結構です）
面談終了後、窓口で面談料をお支払ください。

※面談費用 5,500円（税込）

お問い合わせ

医療法人（財団）桜花会 醍醐病院 医事課

075-571-0030（代）

受付時間：9：00～17：00 月曜日～土曜日（日曜・祝日等は除く）

※『主治医面談の件』とお伝えください

同意書

医療法人桜花会 醍醐病院
院長 的場 祥人 殿

私は、(所属先) _____ (面談者氏名) _____ が

医療法人桜花会 醍醐病院 _____ 医師と、私のよりよい社会生活のために面談し、病院がその費用を徴収することに同意します。

なお、今後自分の自由意志により面談を断る権利を有し、それにより如何なる社会生活上、診療上の不利益を被ることが無いことを了解しました。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人のお名前 _____ (印)

同意書

医療法人桜花会 醍醐病院
院長 的場 祥人 殿

私は、(学校名等) _____ (教員等氏名) _____ が

医療法人桜花会 醍醐病院 _____ 医師と、子供のよりよい学校
生活のために面談し、病院がその費用を徴収することに同意します。

なお、今後自分の自由意志により面談を断る権利を有し、それにより如何なる
社会生活上、診療上の不利益を被ることが無いことを了解しました。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子様のお名前 _____

保護者様のお名前 (続柄) _____ (印)