

浦添総合病院セカンドオピニオン外来申込書

私は、検査、診療行為を行わないこと、訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことなどに同意の上、以下の内容で「セカンドオピニオン外来を申し込みます。

(申込者記載欄)

申込日

年

月

日

患者本人	氏名	①		(男・女)
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	(満 歳)
	住所			
	連絡先	自宅番号 ()	— FAX ()	—
相談者	氏名	②		(男・女)
	患者との続柄	① 家族(続柄) ② 家族に類する者(関係柄)		
	住所			
	連絡先	自宅番号 ()	— FAX ()	—
病名				
相談目的・内容		(1) (2) (3)		
これまでの経過		(1) (2) (3)		
入院先名または通院先名及び主治医氏名	病院名	(病院・診療所・クリニック)		
	住所地			
	電話番号 ()	—		
	主治医氏名	診療科名	科	

※セカンドオピニオン外来は自費(1回 30分~60分 11,000円)となります。

※ご本人が受診しない場合は、ご本人の同意書(「セカンドオピニオン受診同意書」)が必要です。

(本人記載欄)

相談日時	年 月 日 () 午(前・後) 時 分~午(前・後) 時 分
担当医	医師 科
相談場所	