

様式1号

浦添総合病院セカンドオピニオン外来申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で「セカンドオピニオン外来」を申し込みます。

申込日 年 月 日

患者本人	氏名 性別	(ふりがな) (男・女)
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	連絡先	《ご住所》 《電話番号》
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄:)	
病名		
ご相談の具体的内容		
受診中 (入院中) の 医療機関と主治医名	《病院名・診療科》 (診療科:)	
	《主治医氏名》	

※セカンドオピニオン外来は、自費 (1回 11,000円税込) となりますのご了承下さい

※ご本人が受診しない場合は、セカンドオピニオン外来代理受診同意書が必要です