

那覇市立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、以下内容で「セカンドオピニオン外来」を申し込みします。

(申込者記載欄)

申込日 平成 年 月 日

患者本人	氏名	(印)	(男・女)
	生年月日	明治、大正、昭和、平成 年 月 日 (満 歳)	
	住所		
	連絡先	自宅電話() - 携帯電話 - FAX () - 病院電話() -	
相談者	氏名	(印)	(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	自宅電話() - 携帯電話 - 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)	
	所在地		
	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1時間 10,500円)となりますのでご了承ください。

※ 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外来相談同意書)が必要です。

確定内容(本院記載欄)

相談日時	平成 年 月 日 () 午(前・後) 時 分 ~ 午(前・後) 時 分
担当医	医師 科
相談場所	セカンドオピニオン外来相談室