

南部徳洲会病院 セカンドオピニオン申込書

医療法人 沖縄徳洲会
南部徳洲会病院 院長 殿

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

1. セカンドオピニオンでは診察や検査などの診療行為は行いません
2. 訴訟などの目的に使用しません
3. 自由診療費で定められた金額を支払うことに同意します
4. セカンドオピニオンを受けた後は、紹介元の病院にて主治医と相談します

フリガナ				年 月 日
患者氏名		男・女	生年月日	(歳)
住 所	〒			
電話番号		携帯電話		

フリガナ				年 月 日
相談者氏名		男・女	生年月日	(歳)
患者との続柄				
住 所	〒			
電話番号		携帯電話		

1. ご相談目的				
2. 現在の状況	入通院： <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 在宅	
	治 療： <input type="checkbox"/> 治療前	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察中	
3. 病状の把握	患者様： <input type="checkbox"/> 病名を知っている	<input type="checkbox"/> 病名を知らない		
	相談者： <input type="checkbox"/> 病名を知っている	<input type="checkbox"/> 病名を知らない		
4. 現在の入院・ または通院先	所在地：			
	病院名：	診療科名	科	
	電話番号：	主治医		