

セカンドオピニオン申込書

医療法人 徳洲会
石垣島徳洲会病院 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 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：			