

那覇西クリニック 理事長 様

以下の項目について全ての内容に同意し、『セカンドオピニオン外来』を申し込みします。

1. 訴訟等の目的に使用しないこと
2. 患者・家族に関わらず自由診療料金として定められた料金を支払うこと  
※基本料金として30分 11,000円(税抜価格:10,000円)となります。
3. セカンドオピニオンの内容について主治医宛に報告書が作成されること

<<申込者記入欄>>

患者本人	ふりがな		男 ・ 女	生年月日		
	氏名			大正 平成	昭和 令和	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 -				
	連絡先	携帯番号: - - 自宅番号:( ) -				
相談者	ふりがな		男 ・ 女	患者様との続柄		
	氏名					
	住所	〒 -				
	連絡先	携帯番号: - - 自宅番号:( ) -				
病名						
現在の医療機関	病院名:		主治医氏名:			
相談目的・内容(差し支えなければご記入下さい)						
-----						
-----						
-----						

<<ご本人が相談当日来院できない場合>>

私(本人氏名)\_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した

相談者(相談者氏名)\_\_\_\_\_ に対して、私の疾患についての診断・治療内容、

今後の見通しについて、意見や判断を述べることに同意します。

【受診時に必要なもの】

本申込書・同意書  診療情報提供書  検査結果  画像CD-R

◎確定内容(病院記載欄)

相談日時: 令和	年	月	日 ( )	AM PM	時	分	~	AM PM	時	分
担当医:										
場所: 那覇西クリニック / 那覇西クリニック まかび										