

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 セカンドオピニオン申込書

自由診療費で定められた金額を支払う事に同意の上、以下の内容で、
貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日 ご相談者

| | |
|--------------------------------|---|
| 患者様の氏名、性別 | (フリガナ:)様 (男・女) |
| 生年月日 (年齢) | (大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳) |
| 当院の来院履歴 | 無・有 → 有りの場合はカルテ番号() |
| 患者様の連絡先 | 【ご住所】 |
| | 【電話番号】(自宅) (携帯) |
| ご相談者の続柄 | ご本人・ご家族(続柄:) |
| 疾患名 | No1. No2. No3. |
| ご相談の具体的な内容 (文章でも箇条書きでも結構です) | 持参予定の検査データ レントゲン画像・CT・MRI・病理・心電図・内視鏡写真 その他() |
| | 病院・医院 科 |
| 受診中の医療機関と 主治医のお名前 | 先生 電話() - |

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院
セカンドオピニオン同意書

社会医療法人友愛会
豊見城中央病院 院長 殿

私、_____は、以下の者が私の代理人として、社会医療法人友愛会 豊見城中央病院においてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

尚、セカンドオピニオンを受けるために、代理人がセカンドオピニオンに必要な個人の診療情報を豊見城中央病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を豊見城中央病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、併せて同意します。

【 代理人 】 住 所 _____

氏 名 _____

平成 年 月 日

【 本 人 】 住 所 _____

氏 名 _____