

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
セカンドオピニオン 申込書

地域連携室 電話 098-888-0125

FAX 098-888-1212

自由診療で定められた金額を支払うことを同意の上、下記の内容で
貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

※黒枠のみ記入

受診中の医療機関名 () 病院・医院 () 科 担当医師名 電話番号	希望日 () ご都合の悪い日 ()
患者様氏名・性別	ふりがな 様 (男・女)
生年月日・年齢	(昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳) 当院受診歴 (有・無)
患者様の連絡先	住所 〒 (-)
	連絡先 自宅 携帯 FAX
代理相談者様の 連絡先 () ※ご本人が来院の場合は 記入不要	住所 〒 (-)
	連絡先 自宅 携帯 FAX
相談者の続柄	本人 ・ 家族 (続柄)
ご相談の具体的内容	
持参検査データ	レントゲン・CT・MRI・病理・心電図・内視鏡写真・その他 ()
当院確認事項 患者様に確認の上 チェックします	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン以外のご案内の確認 <input type="checkbox"/> 訴訟目的や治療の結果の評価ではない <input type="checkbox"/> 費用 5616円+α検査持ち込み項目による(税込み) <input type="checkbox"/> 相談者：本人・家族 <input type="checkbox"/> 同意書(代理同意書) 当日持参

南部医療センター・こども医療センター

セカンドオピニオン代理受診同意書

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター院長 殿

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

住 所 _____

電話番号 _____

私 _____ は、以下のものが私の代理人として、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター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。なお、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私個人の診療情報を南部医療センター・こども医療センターの医師に情報提供すること、及びその情報に基づいた意見を南部医療センター・こども医療センター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、合わせて同意します。

【代理人】氏 名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

※注意事項

1. 患者様ご本人の直筆でご記入をお願いします。

ただし、自筆が困難な場合は、代筆をお願いします

2. この同意書が無ければ代理受診はできません。