

沖縄協同病院 セカンドオピニオン申込書(相談者記入用)

私は、セカンドオピニオン外来が健康保険等の対象とならず、貴院が定めた金額を支払うことに同意の上、また、医療訴訟や転医・転院の相談では無いことを了承の上、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

【申込者】

名前	申込日 生年月日 (大・昭・平・令)	年 月 日
----	----------------------------	-----------------

【日中に連絡のとれる電話番号】

[]

【受診できない日をご記入ください】

[]

【一緒に受診される方をお書き下さい。(予定でもかまいません)】

氏名 _____ 続柄
(本人から見て) _____

氏名 _____ 続柄
(本人から見て) _____

氏名 _____ 続柄
(本人から見て) _____

【御相談内容をお書き下さい。(文章でも箇条書きでもかまいません。)】

[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]
[]