

年 月 日

セカンドオピニオン申込書（保険適用外）

沖縄県立八重山病院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申したいします。

フリガナ		性別	男・女		
患者氏名		生年月日	T・S・H	年	月 日（歳）
住所				電話番号	

フリガナ		性別	男・女	患者との続柄	
相談者氏名		生年月日	T・S・H	年	月 日（歳）
住所				電話番号	

(1) 相談の目的・内容（箇条書きでも結構です）

(2) 現在の通院先または入院先

病院名 _____
診療科名 _____ 科
主治医 _____
電話番号 _____