

九州大学病院別府病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。また、主治医あての意見書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

患者さんの	氏名・性別	_____ 様 (男・女)	
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 (才)
	ご住所	〒 _____	
	電話番号	(_____)	— _____
ご相談者の * ご本人の場合 記載は必要あ りません。	氏名	_____	
	ご住所	〒 _____	
	電話番号	(_____)	— _____
	患者さんとの続柄	_____	
疾患名		※ _____	※ _____
		※ _____	※ _____
ご相談の具体的な内容。 * ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合は別紙でも結構です。また、その他希望の医師などがありましたらお書きください。		_____	
主治医のお名前と医療機関		_____ 先生	
		_____ 病院	_____ 科
医療機関の所在地		_____ 県	_____ 市・郡 _____ 町

* この申込書に記入された個人情報については、当院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用いたしません。

I D _____