

久留米大学病院セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(本人の同意書必須) (氏名: _____) (続柄: _____)	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	
診断名	_____	
患者氏名・性別	氏名: _____ 印 (男・女)	
生年月日・年齢	(大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____)歳	
住 所	〒 _____	
連 絡 先	住所: _____	
	電話番号: (_____) _____	
相談者連絡先 (本人以外の申し込みの場合)	〒 _____	
	住所: _____	
	電話番号: (_____) _____	FAX 番号: (_____) _____
	携帯電話: (_____) _____	
	E-Mail: _____	
希望診療科医師名	診療科: (_____) 科	医師名: (_____)
現在おかけの医療機関名	(_____) 病院・医院・診療所	
現在おかけの先生のお名前	(_____) 科	(_____) 先生
① 相談の目的(あてはまるものすべてに○をつけてください) i) 現在の診断や治療について説明を受けたい。 ii) 他に可能な治療法があるか知りたい。 iii) その他(_____)		
質問したいこと (箇条書きで記入)	_____	

※受診者が本人以外の場合、患者本人の同意書が必要です。