

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	ふりがな _____ 氏 名 : _____ 印 (男 ・ 女)	
生年月日・年齢	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 ()歳	
住 所	〒 _____ 住所 : _____	
連絡先 <small>※必ず応答できる番号を記載</small>	電話番号: () 携 帯 : ()	
相談者連絡先 <small>(本人以外の申し込みの場合)</small>	〒 _____ 氏名 _____ 住 所 : _____ 電話番号: () FAX 番号: () 携帯電話: ()	
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
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()		来院が難しい日時(受診など) ※日程調整の参考にいたします。
質問したいこと <small>(箇条書きで記入)</small>		
必要書類確認欄 ※必須	<input type="checkbox"/> ※対象者のみ(患者本人が来院できない場合) 同意書 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン同意書 <input type="checkbox"/> 主治医作成の資料(診療情報提供書、検査データ(CD-R))	

※受診者が本人以外の場合、患者本人の同意書が必要です。