

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 生年月日・年齢 住 所	<p>ふりがな 氏 名 : _____ 印 (男・女)</p> <p>(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 生 () 歳</p> <p>〒 - 住所 : _____</p>	
連絡先 ※必ず応答できる番号を記載	<p>電話番号: () 携帯 : ()</p> <p>〒 - 氏名 _____ 住所 : _____</p> <p>電話番号: () FAX番号: () 携帯電話: ()</p>	
現在おかかりの医療機関名	() 病院・医院・診療所	
現在おかかりの先生のお名前	() 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)	<p>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。</p> <p>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()</p>	
質問したいこと (箇条書きで記入)		
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。