

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 | <u>ふりがな</u> <u>氏名</u> : _____ 印 (男・女) | |
| 生年月日・年齢 | (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 () 歳 | |
| 住 所 | <u>〒</u> - <u>住所</u> : | |
| 連絡先 | <u>電話番号</u> : () <u>携帯</u> : () | |
| 相談者連絡先 (本人以外の申し込みの場合) | <u>〒</u> - <u>住所</u> : <u>電話番号</u> : () <u>FAX番号</u> : () <u>携帯電話</u> : () | |
| 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) | | |
| 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。