

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	電話番号： () 携 帯： ()	
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： ()	
希望診療科医師名	診療科 ()	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
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。