

九州大学病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。
また、主治医あての意見書が作成されることに同意します。

フリガナ
年 月 日 申込者氏名

患者さんの	(フリガナ) 氏名・性別	() 様 (男・女)		
	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日 (才)		
	ご住所	〒		
ご相談者の <small>*患者本人の場合記載の必要はありません。</small>	(フリガナ) 氏名	()	患者さんとの続柄	
	ご住所	〒		
連絡先	第1連絡先	()	—	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 相談者
	第2連絡先	()	—	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 相談者
疾患名		※	※	
ご相談の具体的な内容		※	※	
主治医のお名前と医療機関		先生		
		病院	科	
医療機関の所在地		県	市・郡	町

*この申込書に記入された個人情報については、九大病院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用いたしません。

I D