

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。

年 月 日 氏名

患者様の	(フリガナ) 氏名・性別	() 様 (男・女)		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (才)		
	ご住所	〒		
	電話番号 携帯電話	() — () —		
ご相談者の	(フリガナ) 氏 名	()	患者様 との続柄	
	ご住所	〒		
*ご本人の場合 記載の必要はあ りません。	電話番号 携帯電話	() — () —		
疾 患 名	※ ※ ※ ※			
ご相談の具体的な内容。	<p style="font-size: small;">*ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合は別紙でも結構です。また、その他希望の医師などありましたらお書きください。</p>			
主治医のお名前と医療機関	先生			
医療機関の所在地	病院 科			
	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 _____