

独立行政法人地域医療機能推進機構 佐賀中部病院 セカンドオピニオン外来申込書

訴訟など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、下記の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日 氏名

患者様の氏名・性別	(ふりがな) 様 (男 ・ 女)
生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
患者様の住所・連絡先	住所 〒 -
	☎ - -
	ファックス - -
ご相談者氏名	ご本人 ・ ご家族(続柄)
ご相談者様の住所・連絡先	住所 〒 -
	☎ - -
	ファックス - -
ご相談の希望日	年 月 日 時
疾患名	# 1
	# 2
	# 3
ご相談の具体的な内容 (ご自由にご記入ください。記入欄不足の場合は別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関・お名前 所在地・電話番号	・医療機関名 ・診療科名 ・主治医名 ・所在地 ・☎ - - 科 先生

【確定内容:病院記載欄】

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	科 先生
備考欄	

※ ご相談日には、出来る限りの検査資料をお借りしてお持ちください。

※ ご相談日に、ご希望に添えないこともありますので、ご了承ください。