

福岡大学病院 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。

令和 年 月 日 《氏名 印》

患 者	(ふりがな)	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生 年 月 日	年 齡 (歳)
	住 所	〒 -
相 談 者	氏 名	
	連 絡 先	電話番号 () F A X ()
	患者との続柄	本人・家族 (続柄)
希 望 日	第 1 希 望	年 月 日 (時 頃)
	第 2 希 望	年 月 日 (時 頃)
診療科・医師の指定		(指定がない場合は記載の必要はありません) 診療科名 () ・ 医師名 ()
疾 患 名		1. 2. 3. 4.
相 談 内 容		(相談目的、現在の病状、これまでの経過等をご記入ください)
現在、治療を受けている医療機関名、 医師名、所在地、電話番号		(お分かりになる範囲で結構です) 医療機関名 () 医 師 名 (先生) 所 在 地 () 電 話 番 号 (- -)

※希望日は調整いたしますが、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

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

*申込時のFAX誤送信による個人情報漏洩には当院では責任を負いかねますので、十分にお気をつけください。

福岡大学病院 地域医療連携センター
〒814-0180 福岡市城南区七隈七丁目45-1
TEL 代表 092-801-1011 (内線 4636・4637)
FAX 092-862-8622