

(第1号様式)

J R九州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。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

患者さんの氏名、性別	_____ 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 _____
相談者の連絡先	TEL () FAX ()
相談者の続柄	本人、ご家族、(続柄)
疾患名	# 1 # 2 # 3
ご相談の具体的な内容 ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は 別紙でも結構です。	
主治医の医療機関とお名前	() 病院、診療所 () 科 () 先生
主治医の連絡先	()

【病院受付記載】

受付	診療科	担当医名	受入可否	相談日時	相談場所	その他

医療連携室 → 各科担当医 → 医療連携室