

セカンドオピニオン外来申込書

記入日： 年 月 日

・相談者： ①患者様本人 ②患者様本人とご家族 ③ご家族

※ご家族のみの相談の場合は、患者本人の委任状が必要になります。

・患者様の受診歴：過去に当院に受診したことが ある ない

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令
患者様 氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)
患者様 住所	〒		
	電話	— —	FAX — —

※②・③の方が相談される場合のみ記入して下さい。

ふりがな		患者様との 続柄	
相談者 氏名	(男・女)		
相談者の 住所	〒		
	電話	— —	FAX — —

※住所電話番号が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

※現在受診されている医療機関名・診療科・医師名・疾患名を記載して下さい。

医療機関名	(入院中・通院中)
診療科	
医師名	
疾患名	

【相談内容】(診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術内容等)

※料金は1回30分まで11,000円、以降30分毎に5,500円となります。(消費税込み)

国立病院機構 東佐賀病院