

古賀総合病院 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、
下記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。

申請年月日 年 月 日

ご相談者名

患者様の氏名 性別	フリガナ (男・女) 様
生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL () 携帯 - - FAX () E メール
ご相談者の続柄	ご本人 ご家族 (続柄)
疾患名	
ご相談の具体的な内容 ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合は、別紙で結構です。	
現在かかっておられる 医療機関及び主治医名	() 病院 () 科 () 先生

※以下の欄には記入しないでください。当院に記入いたします

受付年月日	年 月 日 (曜日)		
担当診療科	科	相談医師名	
相談日時	年 月 日 (曜日) 時 分		