社会医療法人天神会　古賀病院21　セカンドオピニオン外来　申込書

社会医療法人　天神会
古賀病院21　病院長　殿

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、社会医療法人天神会　古賀病院21に申込みをいたします。

令和　　年　　月　　日

希望の方式	□来院によるセカンドオピニオン　　□オンラインセカンドオピニオン
相談者	□本人　□ご本人と同席（ご家族など）　□ご本人以外（ご家族のみ）※本人の同意必須
患者氏名・性別	ふりがな 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿自署　　（　男・女　）
生年月日（年齢）	（大・昭・平・令）　　年　　月　　日生　（　　歳）
患者住所	住所：〒 TEL　　（　　）　　FAX　　（　　） 日中の連絡先又は携帯 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
相談者氏名 ※本人以外の場合	ふりがな 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿自署　　（続柄：＿＿＿＿）
相談者の連絡先	住所：〒 TEL　　（　　）　　FAX　　（　　） 日中の連絡先又は携帯 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご質問 ・箇条書きでご記入ください	

※受診者が本人以外の場合、患者本人の同意が必要です。

2020.12

社会医療法人 天神会
KOGA 古賀病院グループ