

社会医療法人天神会 新古賀病院 セカンドオピニオン外来 申込書

社会医療法人 天神会
新古賀病院 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 新古賀病院に申込みをいたします。

令和 年 月 日

| | |
|----------------------|--|
| 希望の方式 | <input type="checkbox"/> 来院によるセカンドオピニオン <input type="checkbox"/> オンラインセカンドオピニオン |
| 相談者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご本人と同席(ご家族など) <input type="checkbox"/> 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