

古賀病院21 放射線治療センター 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、古賀病院21 放射線治療センター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