

福岡大学筑紫病院 セカンド・オピニオン 申込書

平成 年 月 日 申込

《申込者

》

| | | |
|---------------------------|---------|---|
| 患 者 | (ふりがな) | |
| | 氏 名 | (男 ・ 女) |
| | 生 年 月 日 | |
| | 住 所 | 郵便番号 |
| 相 談 者 | 氏 名 | |
| | 連 絡 先 | 電話番号 () F A X () |
| | 患者との続柄 | 本人・家族(続柄) |
| 希 望 日 | 第 1 希 望 | 年 月 日 (時頃) |
| | 第 2 希 望 | 年 月 日 (時頃) |
| 診療科・医師の指定 | | (指定がない場合は記載の必要はありません) 診療科名 () ・ 医師名 () |
| 疾 患 名 | | 1. 2. 3. 4. |
| 相 談 内 容 | | (相談目的、現在の病状、これまでの経過等をご記入ください) |
| 現在、受診中の医療機関名、医師名、所在地、電話番号 | | (お分かりになる範囲で結構です) 医療機関名 () 医 師 名 (先生) 所 在 地 () 電 話 番 号 (- -) |

※希望日は調整いたしますが、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

福岡大学筑紫病院 地域医療支援センター

〒818-8502 筑紫野市俗明院一丁目1-1

TEL 代表 092-921-1011 (内線 1137)

直通 092-921-0911 FAX 092-921-0910