

熊本大学病院 セカンドオピニオン外来申込書

下記の内容に同意のうえ、以下の内容のとおり貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

記

- ①セカンドオピニオン以外の目的に使用しません。
- ②自由診療料金（全額自費）として定められた金額を支払います。
- ③私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。
- ④説明の際に受領した資料を本院担当医師の許可なく第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出しません。
- ⑤相談中に相談内容を録音しません。

患者様の	(ふりがな)	
	お名前・性別	様 (男・女)
	生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	ご住所	〒 -
ご相談者の	お名前・性別	様 (男・女)
	生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	患者様との続柄	
	ご連絡先	住所 〒 -
		TEL ()
		FAX ()
		Eメール
病名または症状 (分かる範囲でお書きください。)		
ご相談内容 (ご自由にお書き下さい。 用紙が不足する場合は、 別紙でも結構です。)		
現在かかられている医療 機関名・診療科の医師名	病 (医) 院名 所在地	科・医師名 (主治医) TEL ()

希望担当医師 無・有 (科 先生)
第1相談希望日 令和 年 月 日 ()
第2相談希望日 令和 年 月 日 ()
第3相談希望日 令和 年 月 日 ()

※可能な限り紹介状(写)を送付願います。
※この申込書に記入された個人情報、本院のセカンドオピニオン
外来に関すること以外には使用しません。

熊本大学病院
〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1番1号
地域医療連携センター
TEL 096-373-5701、5934
FAX 096-373-5720
外来担当
TEL 096-373-5557、5628
FAX 096-373-5719