

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許可なく録音しません。

患者	(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	〒 —
	当院の受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
相談申込者	お名前	同上 ・ 様
	患者様との続柄	本人 ・ その他 ()
	電話番号	— —
病名または症状 (分かる範囲でお書きください。)		
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。)		
受診中の医療機関	医療機関名	
	電話番号	— —
	診療科名	
	医師名	

希望担当医 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 ()

※可能な限り診療情報提供書(写)を添付してください。

※この申込書に記入された個人情報は、当院の

セカンドオピニオン外来に関する以外には使用しません。

熊本大学病院

〒860-8556 熊本市中央区本庄1丁目1番1号

地域医療連携センター

TEL 096-373-5701、5934

外来担当

TEL 096-373-5557

FAX 096-373-5719