

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館

セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟などの目的に使用しないことに同意の上、以下の内容で、セカンドオピニオン
外来受診を申し込みます

令和 年 月 日 氏名 _____ 印

ふりがな 患者さまの氏名、性別	(_____) _____ 様 (男、 女)
生年月日 (年齢)	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者様の連絡先	TEL _____ FAX _____ Eメール _____
ご相談者の続柄	ご本人、ご家族 (続柄 _____)
疾患名	# 1. _____ # 2. _____ # 3. _____
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	(_____) 病院、診療所 (_____) 科 (_____) 先生
主治医のご住所、連絡先 (おわかりになる範囲で結構です)	