セカンドオピニオン外来申込書

＜申込日＞　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	年　月　日	歳
患者氏名	男・女			
患者住所	〒　　―		患者連絡先（TEL）	
			（　　）　―	
フリガナ		相談者連絡先（TEL）	患者との続柄	
相談者氏名		（　　）　―		
病名				
相談目的				
相談内容				
今までの経過				
現在かかっている医療機関	医療機関名	診療科	主治医名	
		科		
患者さんは病名を	知っている　・　知らない			

※セカンドオピニオン外来は、健康保険適用外で自費（30分につき7,700円）となりますので、ご了承ください。
※患者さんご本人が受診される場合は、相談者氏名・相談者連絡先・患者との続柄の記入は不要です。
※ご本人が受診されない場合は、ご本人からの「同意書」が必要です。

【荒尾市立有明医療センター　記入欄】

セカンドオピニオン予約日	年　月　日　時
担当医師	科　医師
相談者への連絡	年　月　日

荒尾市立有明医療センター　患者サポート・医療連携室
TEL　：　0968-63-1115（内線536）
FAX　：　0968-62-4543