

セカンドオピニオン外来 申込書

患 者	氏 名（ふりがな）		生年月日		年 齢
			大・昭 平・令	年 月 日	歳
	住所（〒 ）				
	電話	携帯電話		FAX	
相 談 者	☐ 上記患者と同じであればチェックを入れてください。また、その場合は相談者欄は記入不要です。				
	氏 名（ふりがな）		続 柄	電 話	
				携帯電話	
				FAX	
	住所（〒 ）				
<ご相談目的>					
<現在の状況>					
<現在、入院または通院されている病・医院など>					
病・医院名					
診療科			主治医名		
住所			TEL		
<同意書>					
セカンドオピニオン以外の目的に使用しないこと及び自由診療として定められた金額を支払うことに同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来に申し込みます。					
記入日：令和 年 月 日					
患者氏名					
記入者氏名 (続柄)					

熊本放射線外科

〒862-0941 熊本市中央区出水7丁目90番2号

TEL 096-370-0712

FAX 096-214-3712