セカンドオピニオン外来　申 込 書

佐賀大学医学部附属病院長　様

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記の事項に同意の上、申し込みます。

1．「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載されている事項を厳守します。
2．訴訟の目的には使用しません。
3．自由診療料金として定められた金額を支払います。

令和　　年　　月　　日

患者本人署名（原則として 20 歳以上の方は必須）　　印
本人以外の場合の相談者署名　　印

相　談　者	□　本人　　□　家族
希望診療科	科（特にご希望の診療科がある場合に記入ください。）
患者氏名、性別	フリガナ 氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　男　・　女　）
生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成・令和　）　　年　　月　　日生　（　　歳）
相談者氏名 続　柄	フリガナ 氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）
相談者の連絡先	住所　〒 TEL（携帯電話可）：（　　）　　－　　FAX：（　　）　　－
主治医の 医療機関名 お名前	（　　）病院・医院・診療所 （　　）科　（　　）先生

【病院記入欄】※以下は記入しないでください。

ＩＤ番号　：　　－

実施の可否	可　・　否　（否の場合は、理由書を作成してください。申込者に送付します。）	月　日 確認 診療科担当 （　　）	科長確認
相談予定日	第1候補:　　年　月　日（　）　時（担当医師　　） 第2候補:　　年　月　日（　）　時（担当医師　　） 第3候補:　　年　月　日（　）　時（担当医師　　）		

申込受理日・担当		診療科へ照会日	診療科から回答日	申込者へ連絡日・担当	
月　　日		月　　日	月　　日	月　　日	