セカンドオピニオン外来申込書

※　二重線の中をご記入下さい

申込日：　令和　　年　　月　　日

患　者　様	ふりがな	
	氏　　名	
	生年月日　　大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）	
	郵便番号	
	住　　所	
	TEL：　　－　　－　　FAX　　－　　－	
相　談　者	ふりがな	患者様との続柄
	氏　　名	（　　）
	住　　所 TEL：	ご家族の場合は別添同意書が必要です
病　　名	１．	
	２．	
	３．	
希望する診療科	科	
ご相談の具体的な内容	（相談目的、病状についての説明、現在までの経過をご記入下さい）	
現在の状態	１　入院中　（病院名等　　）	
	２　通院中　（病院名等　　）	
	３　自宅療養等	

準備していただく資料

・診療情報提供書（現在の主治医の先生に作成してもらって下さい）

・画像診断フィルム（CT、ＭＲＩ、レントゲン等の検査フィルムを主治医の先生から借りて下さい）

・検査の結果（診療情報提供書に記載があれば結構ですが、これ以外に用意出来ればご持参ください）

セカンドオピニオン外来希望日　　令和　　年　　月　　日　（　　）ごろ

※訴訟等の目的に使用しないこと及び定められた料金を支払うことに同意の上、

上記の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

セカンドオピニオン外来決定日	令和	年	月	日	時
セカンドオピニオン担当医師	科				医師
申込者への連絡日時	令和	年	月	日	時

国立病院機構　佐賀病院企画課医事係　　ＴＥＬ　0952-30-7141

〒849-8577　佐賀市日の出一丁目２０－１　　ＦＡＸ　0120-872-882