

①

(相談される方がご記入ください)

大分大学医学部附属病院 腫瘍セカンドオピニオン外来 相 談 申 込 書

相談結果を訴訟等の目的に使用しないこと、及び相談料として貴院自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容により貴院セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。並びに、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

患者さん	(ふりがな) 氏 名	(印)		(男・女)
	生年月日 (年齢)	大正 昭和 平成	年 月 日 生	(歳)
	ご住所	〒		
ご相談者の方	(ふりがな) 氏 名			
	患者さん との続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)		
	ご住所	〒		
	連絡先 (電話番号は、携帯電話 を含め必ず連絡の取 れる番号を、複数ある 場合は複数をご記入 ください。)	TEL. ()	TEL. ()	
	TEL. ()	FAX. ()		
	Eメール			
疾 患 名				
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。記 入欄が不足する場合は、別紙を 付けてください。)				
医 療 機 関 名 及び 主治医名	() 病院, 診療所 () 科 () 先生			
主治医の連絡先 (分かる範囲で結構です。)	TEL. ()	FAX. ()		
	Eメール			

※ この申込書に記入された個人情報については、本院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用しません。