

熊本労災病院セカンドオピニオン外来申込書

病状についての診断の内容や、現在及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を訴訟の目的に使用しないこと、自由診療料金として定められた額を支払うこと及びセカンドオピニオン外来のお知らせの記載事項に同意の上、熊本労災病院に申し込みます。また、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。

申込記入日 令和 年 月 日

患者様	(ふりがな) 氏 名	Ⓜ	(男 ・ 女)
	生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年 月 日生 (歳)
	ご住所		
ご相談者様	(ふりがな) 氏 名		
	患者様との続柄	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が取れる番号をご記入ください。)		TEL ()	TEL ()
FAX ()			
疾 患 名			
相談の目的			
今までの治療経過			
現在の状況、その他			
医療機関名及び主治医		() 病院・診療所 () 科 () 先生	

* この申込書に記入された個人情報については、当院のセカンドオピニオン外来に関すること以外の目的には使用いたしません。