

# 福岡赤十字病院セカンドオピニオン申込書

令和    年    月    日                      氏名

患者	フリガナ 氏名		男・女	
	生年月日	(大正・昭和・平成) 年    月    日生	歳	
	住所	〒		
相談者	フリガナ 氏名			
	住所	〒		
	連絡先 TEL	(自宅)		
		(携帯)		
	FAX			
	E-mail			
患者との続柄				
希望診療科				
病名				
現在の状況	入院中・通院中・その他			
	治療前・治療中・治療後・手術前・手術後			
	受診している医療機関名			
	受診している診療科			
今までの経過				
相談内容	1. 診断や治療の方針が妥当か確かめたい。 2. 他の治療法の可能性を知りたい。 3. 他の治療期間の可能性を知りたい。 4. その他			

〈福岡赤十字病院記載覧〉

予約日時	令和    年    月    日(    )曜日 時                      分
相談場所	
担当医師	科
	氏名