

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 |