

# 九州労災病院セカンドオピニオン外来 申込書

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申込みます。

患者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	歳
	住所 〒 -		TEL ( - - )	
相談者	ふりがな 氏名	相談者続柄		
	住所 〒 -		TEL ( - - )	
			FAX ( - - )	
				携帯 ( - - )
病名			【 】科を希望	
相談目的				
今までの経過				
現在の状況（あてはまるものに） 入通院： ・入院中 ・通院中 治療： ・治療前 ・治療中 ・経過観察中				
受診している医療機関				
病院名：		住所：		
主治医：		TEL：		
資料： あり		（ 紹介状 ・ 画像フィルム ・ 検査データ ・ その他 ）		
これから準備（ 月 日迄に揃う予定 ）				
相談日について、ご都合の悪い日・時間をお知らせください（月～金の15時～17時）				