

(第1号様式)

北九州市立医療センターセカンドオピニオン外来 申込書  
訴訟等の目的に使用しないこと及び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、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

|  |   |
|--|---|
| 患者さんの氏名、性別   | _____ 様 (男、女)                             |
| 生年月日(年齢)   | (大正、昭和、平成) 年 月 日生 ( 歳)                    |
| ご住所  | 〒 _____                                   |
| ご相談者の連絡先   | TEL<br>① _____ ( )<br>② _____ ( )         |
| ご相談者の続柄  | ご本人、 _____ ご家族(続柄 _____ )                 |
| 疾患名  | #1. _____<br>#2. _____<br>#3. _____       |
| ご相談の具体的な内容<br>(ご自由にお書きください。<br>用紙が不足している場合には別紙でも結構です。) |   |
| 主治医の医療機関とお名前   | ( _____ )病院<br><br>( _____ )科 ( _____ )先生 |
| 主治医のご住所、連絡先<br>(お分かりになる範囲で結構です)                        |   |

【病院受付記載欄】

| 受付 | 診療科 | 担当医名 | 受入可否 | 相談日時          | 相談場所 | その他 |
|----|-----|------|------|---------------|------|-----|
|    |     |      |      | 月 日( )<br>時 分 |      |     |