

久留米大学医療センター乳腺病理セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

相談者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族（本人の同意書必須） フリガナ (氏名：) (続柄：)
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 通院中
診断名		
患者氏名・性別	フリガナ 氏名： 印 男 ・ 女	
生年月日・年齢	大正・昭和・平成 年 月 日生 () 歳	
住所	〒	
連絡先	住所： 電話番号：	
相談者連絡先 (本人以外の申込の場合)	〒	
	住所：	
	電話番号：	FAX番号：
	携帯電話：	
	E-mail：	
現在おかけの医療機関名	() 病院・医院・診療所	
現在おかけの先生のお名前	() 科	() 先生
相談の目的（当てはまるもの全てに○をつけてください。）		
1) 現在の病理診断が正しいか説明を受けたい。		
2) その他 ()		
質問したいこと (箇条書きで記入)		

※受診者が本人以外の場合、患者本人の同意書が必要です。