

福岡大学筑紫病院 セカンド・オピニオン 申込書

年 月 日申込

《申込者

》

患 者	(ふりがな)	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生 年 月 日	
	住 所	郵便番号
相 談 者	氏 名	
	連 絡 先	電話番号 () F A X ()
	患者との続柄	本人・家族(続柄)
希 望 日	第 1 希 望	年 月 日 (時頃)
	第 2 希 望	年 月 日 (時頃)
診療科・医師の指定		(指定がない場合は記載の必要はありません) 診療科名 ()・医師名 ()
疾 患 名		1. 2. 3. 4.
相 談 内 容		(相談目的、現在の病状、これまでの経過等をご記入ください)
現在、受診中の医療機関名、医師名、所在地、電話番号		(お分かりになる範囲で結構です) 医療機関名 () 医 師 名 (先生) 所 在 地 () 電 話 番 号 (- -)

※希望日は調整いたしますが、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

福岡大学筑紫病院 地域医療支援センター

〒818-8502 筑紫野市俗明院一丁目1-1

TEL 代表 092-921-1011 (内線 1150)

直通 092-921-0911 FAX 092-921-0910