

飯塚病院セカンドオピニオン申込書

受付日：西暦 年 月 日

相 談 者	ご本人 ・ ご家族 (続柄：)		
フ リ ガ ナ		性別	生 年 月 日
患 者 氏 名		男 女 他	西暦 年 月 日生 () 歳
患 者 住 所	〒		
連 絡 先	電話番号：		
相 談 者 氏 名 連 絡 先 (本人以外の申し込みの場合)	氏名		
	電話番号：	FAX 番号：	
	〒		
現 在 の 状 況	入院中 ・ 通院中		
疾 患 名	1. 2.		
ご相談の具体的な内容			
現在おかけの医療機関名			
現在おかけの先生のお名前	診療科 ()	先生	
	住 所：		
	電話番号：		

※相談者が本人以外の場合、患者本人の同意書が必要です。下記にご記入下さい。

同 意 書	
私は、() に私の診療情報を開示すること、また治療の方針等について私の代理として医師より説明を受けることについて同意いたします。	
年 月 日	
患者氏名：	

問い合わせ先

飯塚病院 がん相談支援センター
TEL 0948-29-8925 (直通) / FAQ 0948-29-8985
〒820-8505 飯塚市芳雄町 3-83

2023 年 8 月改訂