

松江赤十字病院 セカンドオピニオン申込書

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を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名

患者様の氏名・性別	フリガナ	
	(男・女)	
患者様の生年月日（年齢）	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)	
患者様のご住所・連絡先	〒	
	TEL	— —
	FAX	— —
ご相談者の氏名	フリガナ	
	(男・女)	
患者様との続柄		
ご相談者のご住所・連絡先	〒	
	TEL	— —
	FAX	— —
患者様の現在の状況	病 名	
	告知状況	患者様は病名を 知っている・知らない・わからない
		ご家族は病名を 知っている・知らない・わからない
	状 況	入院中 ・ 通院中 ・ 在宅療養中
	歩 行	一人で歩ける ・ 車椅子使用 ・ 寝たきり
	食 事	普通に食べられる ・ 少し食べられる ・ 食べられない
その他の状況		
ご相談の具体的な内容		

※ご相談には、主治医の紹介状（診療情報提供書）及び出来る限りの検査資料をご持参ください。
 ※料金は1回1時間を限度とし、16,500円（税込）となります。全額自費で健康保険は適用されません。相談時間は、資料検討・報告書作成等の時間を含みます。

（但し延長する場合は、30分毎に別途5,500円（税込）を加算させていただきます。）

※電子メールでの受付はしておりません。

【問い合わせ先】

〒690-8506

島根県松江市母衣町200番地 松江赤十字病院 地域医療連携室

TEL 0852-32-7813 FAX 0852-27-9261

確認内容（病院記載欄）

申込書受付日	令和 年 月 日		
担当診療科	科	担当医師名	
相談日	令和 年 月 日	相談時間	時 分～
備考			