

松江生協病院・ふれあい診療所 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下記表示の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。

申込日 令和 年 月 日

患者様の氏名・性別	フリガナ	
	氏 名	(男 ・ 女)
患者様の生年月日	(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・続柄	フリガナ	
	氏 名	患者様との続柄 ()
ご相談者の住所・連絡先 (患者様ご本人の場合は記入不要です)	〒	
	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	食べられる ・ 少し食べられる ・ 食べられない
	その他	
ご相談の具体的な内容		

ご相談当日には、主治医の紹介状（診療情報提供書）及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ちください

料金は 1 回 1 時間以内 11,000円（税込）となります。自由診療料金のため健康保険は適応されませんのであらかじめご了承ください。（但し延長する場合は30分につき5,500円（税込）を追加請求させていただきます。）

< お問い合わせ先 >

〒690-8522

松江市西津田8-8-8 松江生協病院 地域連携室

TEL 0852-23-1111（病院代表）

FAX 0852-60-9078（地域連携室直通）