【様式１】

<安来市立病院　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を同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン受診を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　氏名（　　）

患者の氏名・性別	フリガナ 様　（　男　・　女　）
生年月日（年齢）	明治･大正・昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）
患者の住所・連絡先	〒 住所 電話 ＦＡＸ
相談者氏名・続柄	本人　・　家族　　（続柄）
相談の希望日時	第一希望　　年　　月　　日（　　曜日）　　時頃 第二希望　　年　　月　　日（　　曜日）　　時頃
相談の具体的な内容	
患者の現在の状況	病名 告知状況：患者様　知っている　・　知らない　・　わからない ご家族　知っている　・　知らない　・　わからない 主な訴え 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

＊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。

＊料金は一回（30 分～1 時間程度）10000 円（消費税抜き）です。全額自費で健康保険は適用されません。

＊ご相談日はご希望に添うように調整しますが、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

【お問合わせ先】

安来市広瀬町広瀬 1931　　安来市立病院　地域連携室　　電話　0854－32－2333（直通）

FAX　0854－32－2335