（様式 1）

島根県立中央病院　セカンドオピニオン　申込書

年　　月　　日

島根県立中央病院

入退院支援・地域医療連携センター　行

TEL　0853－30－6500

FAX　0853－30－6508

医療機関名

医　師　名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

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。

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
患者住所 電話	〒　　－ TEL			
相談者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	続柄	
相談者住所 電話	〒　　－ TEL			
当院からの連絡先①	電話番号　　FAX			
当院からの連絡先②	電話番号　　FAX			
受診希望日時	①　　月　　日（　）　②　　月　　日（　） （ご都合の悪い日時がありましたらご記入ください）			

（1）入院中または通院中の病院及び診療科名・医師名

（2）現在の状況（いずれかを○で囲んでください）

・入院中　・通院中　・その他（　　）

（3）病名

（4）医師に相談したい内容

※ご希望の医師がありましたらお書きください。

・料金は1回1時間を限度とし、16，500円（消費税込）とします。
・全額自費で、健康保険は適用されません。
・電子メールでの受付はしておりません。

※予約票の返信は数日いただく場合がございます。ご了承ください。