

長岡赤十字病院 セカンドオピニオン依頼書(FAX用)

FAX 番号(直通)0258-28-9060

送付日 令和 年 月 日

長岡赤十字病院

科宛

医療機関名
部署・担当者等
電話番号
FAX 番号

当院で実施できるセカンドオピニオンは、下記のがんに関するものです。
相談するがんの種類に○をつけてください。併せて紹介状を FAX してください。

脳腫瘍 頭頸部がん 口腔・舌がん 肺がん 乳がん 消化器がん
卵巣がん 子宮がん 泌尿器がん 皮膚がん 血液悪性腫瘍

○患者様情報

| | | | |
|------|--|-----|---------------|
| フリガナ | | 性別 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | | 男・女 | M・T・S・H 年 月 日 |
| 住 所 | | 電話 | () — |

料金は、1時間 16,500 円、延長 30 分 5,500 円です

正式な日時は、担当医師と協議の上、ご連絡いたします。
CT等の画像や検査結果などの資料は病診連携室あてにお送りください。

セカンドオピニオンは、治療に関する参考意見を提供するものであり、診療は行いません。
当院での診療をご希望の場合は、外来へご紹介ください。

医療過誤および訴訟に関する相談はお受けできません。

〒940-2085
長岡市千秋2丁目297-1
長岡赤十字病院 病診連携室