

大阪国際がんセンター

セカンドオピニオン申込書（医療機関記入用）

紹介元

年 月 日

医療機関名

TEL

FAX

担当部署

担当者名

フリガナ	生年月日（西暦）	男
患者氏名	年 月 日	女

下記資料がお揃いか確認の上、ご郵送ください

☐セカンドオピニオン申込書（様式1：患者記入用・様式2：医療機関記入用）

☐申込者の方の身分証のコピー

☐様式3：セカンド代理申し込み同意書

☐診療情報提供書

☐検査データ（血液検査データ・病理検査所見・画像所見・内視鏡所見など）

☐画像データ

※治療前後の喉頭内視鏡写真や口腔内写真（頭頸部領域のがんの方）

※様式4：腫瘍内科情報シート（腫瘍内科のセカンドオピニオンを受ける場合）

※病理標本（前立腺がん、皮膚がんの方 その他、患者が病理検査を希望する場合）

※詳細はホームページをご確認ください

郵送が届きましたら、資料確認の上この用紙をFAXにて返送いたします。ご確認ください。

当院記入欄
年 月 日 資料を受け取りいたしました。
担当診療科で検討の上、面談日時調整を始めさせていただきます。
到着日よりましては、1週間ほどお時間をいただきますので、ご了承ください。
面談日が決まり次第、予約票を送付いたします。
確認者名

当院より連絡事項

送付先

〒541-8567

大阪市中央区大手前3丁目1番69号

大阪国際がんセンター

地域医療連携室 セカンドオピニオン係

TEL：06-6945-1181（代表）