

大阪国際がんセンター

オンライン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

担当医師名/診療科

担当部署

担当者名

フリガナ	生年月日 (西暦)	男
患者氏名 様	年 月 日	女

下記資料がお揃いか確認の上、ご郵送ください

オンライン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)

様式7: オンラインセカンドオピニオン同意書

申込者の方の身分証のコピー

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

様式3: セカンド代理申し込み同意書 (申込者が患者さんご本人でない場合)

様式5: 面談者リスト (患者さんご本人以外の方も面談に参加される場合)

※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。
面談日時はセカンド申込者の方へ連絡いたします。(到着日によりましては、1週間ほどお時間をいただきますので、ご了承ください。)
セカンドオピニオン面談後に、セカンドオピニオン情報提供用紙をご担当先生宛に郵送いたします。
確認者名

当院より連絡事項

送付先

〒541-8567

大阪府中央区大手前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)