

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)

【 貴医療機関情報 】

年 月 日

医療機関名：

T E L：

F A X：

診 療 科：

担 当 医 師：

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

必要資料が全てお揃いかご確認の上、下記までご郵送ください (FAX での受付はしていません)

- 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)
- 申込者の方の身分証明書のコピー
- 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 7 : オンライン・セカンドオピニオン同意書
- 診療情報提供書
- 各種検査データ (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 5 : 面談者リスト (患者さんご本人以外の方も面談に同席される場合)

※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内容を確認の上、この用紙を FAX にて返送いたします。

< 当センター記入欄 >

年 月 日 資料を受領いたしました。

担当診療科で検討の上、面談日時が決まりましたら、申込者の方へ連絡いたします。

お申込みから面談日時の決定までに 1 週間以上かかる場合もありますので、ご了承ください。

< 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)

FAX : 06-6945-1873 (直通)

担当者名