

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 】 ※すべての項目をご記入ください

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 患者氏名	様	生年月日 (西暦) 年 月 日	男 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 \_\_\_\_\_