

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)

【 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	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)

- 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)
- 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
- ※ 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)

※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、貴医療機関へ予約票を送付いたします。
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)
FAX：06-6945-1873 (直通)

担当者名 _____