

送信先	神奈川県立がんセンター 患者支援センター
FAX	045-520-2215

\*この書類には個人情報が含まれていますので、送信先のFAX番号をお間違いにならないよう十分にご注意下さい。

## セカンドオピニオン予約申請書

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介元医師名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別 男性・女性

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名 \_\_\_\_\_ 当院の受診歴 あり・なし

セカンドオピニオンの担当科・担当医の指定がある場合はご記入ください。

診療科 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_

日程の連絡先 (以下の1・2の番号のいずれかを○で囲んでください)

1. 患者の自宅等にFAXしてください

Fax番号 \_\_\_\_\_

(FAXには当院の名称が記載されますので、人の目に触れて不都合のない送付先をご指定ください)

2. 患者本人への電話を希望します。

電話番号 \_\_\_\_\_

\*送信の際には紹介状も合わせてFAXして下さいますようお願いいたします。

\*診療科の指定がない場合は診療情報提供書を確認させていただき決定いたします。

\*紹介元の医療機関にも決定した日程をお知らせします。

紹介元医療機関FAX番号 \_\_\_\_\_

問い合わせ先 TEL (直) 045-520-2210