

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

*この書類は個人情報が含まれていますので、送信先 FAX 番号をお間違いにならないようご注意ください。

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 して下さい

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。

以下は、医療機関の方がご記入ください

1 病理診断のセカンドオピニオンを必要とする場合のみ、次の（ ）内に○印をつけてください。

病理診断のセカンドオピニオンを併せて行う場合には、セカンドオピニオンの費用のほかに、検査費用として 9240 円かかります。また、事前に当院へプレパラートをご持参いただく必要があります。

() 病理診断のセカンドオピニオンも必要

2 紹介元医療機関の FAX 番号をご記入ください

FAX 番号 _____

問い合わせ先 電話（直通）045-520-2210