# 聖マリアンナ医科大学病院 セカンドオピニオン申込書

セカンドオピニオン外来のお申込みにあたり、次の項目をご確認のうえチェック☑を入れていただき、ご提出をお願いいたします。

| | |
|---|---|
| □ | セカンドオピニオン外来では診療行為(新たな検査・治療)などは行いません。 |
| □ | 診療情報提供書(主治医からの紹介状)を本紙と併せて事前に送付をお願いします。 |
| □ | 申込後、内容によってお受けできない場合があります。その場合も書類(紹介状など)は返却いたしませんのでご了承ください。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 性 別 |
| 患者氏名 | | | □ 男 □ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | | |
| 電話番号 | | 携帯電話 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 相談者 | □本人(もしくは本人と家族) □家族のみ | | |
| 希望する<br>診療科・医師 | 診療科( ) 医師名( )<br>※担当する医師は、ご希望に沿えない場合がございます。 | | |
| 現在の受診状況 | □入院中 □通院中 □その他( ) | | |
| 相談内容 | | | |
| 用意できる<br>資料 | □ 紹介状 □ CD-R(画像データ) □ その他( )<br>※プレパラートは、ご用意いただいてもセカンドオピニオンでは使用できません。 | | |
| 相談日時に<br>ついて | ご都合の悪い日時がございましたら以下にご記入ください。<br>(なお、腫瘍内科は木曜 11 時、産婦人科は火曜 11 時のご案内となります。) | | |

**【送付物】 ※できる限り、追跡可能な方法(レターパック、簡易書留など)でお送りください。**

| | |
|---|---|
| □ | セカンドオピニオン申込書(本紙) |
| □ | 診療情報提供書(紹介状)、検査・画像データ等 |
| □ | セカンドオピニオン(保険適用外)に関する同意書 |
| □ | ご本人が来院されない場合・・・「セカンドオピニオン(委任状)」 |