セカンドオピニオン外来　申込書

申込日　　平成　　年　　月　　日

患者さん氏名	生年月日	年齢	性別
カナ	明・大・昭・平 年　　月　　日		男・女
相談者氏名	**住所・電話番号**	**年齢**	**性別**
カナ 患者さんとの続柄（　　）	〒　　－ 住所 TEL　　－　　－		男・女
（病名）			
患者さんの現在の状況 １）治療前　　２）治療中　　３）再発・転移　　４）緩和ケア ５）罹患なし　　６）その他（　　） ※ご相談の目的など、ご自由にお書きください。			
医療機関名（現在がん治療を受けている病院名） 診療科　　科　　主治医			

【確定内容（北海道中央労災病院記載欄）】

セカンドオピニオン日時	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
診療科・担当医	科　医師
相談場所・備考など	

以下の内容に同意の上、お申込ください。

■現在受診中の病院への訴訟等の目的に使用しないこと。

■ご相談当日には、現在受診中の主治医の紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。

■セカンドオピニオン担当医師が診断及び治療内容、今後の見通しにつき意見判断を述べ、現在受診中の主治医宛に報告書が作成されます。

■自費診療のため、健康保険は適用されません。料金は、６０分以内　１６，２００円（税込み）となります。

北海道中央労災病院　地域医療連携室