

様式 1

F A Xによるがんセカンドオピニオン申込書

- ・ F A Xの送信は平日は8時半から18時までの間にお願いします。
- ・ 当日の相談予約はできませんのでご了承ください。

山形県立中央病院 地域医療部 宛

【TEL 023-685-2757】

【FAX 023-685-2606】

令和 年 月 日

医療機関名: _____

医 師 名: _____

T E L : _____

F A X : _____

* ご記入は楷書でお願いします。

当日、別途紹介状をお願いいたします。

フリガナ		性 別	男 / 女
患者氏名		電話 番号	自 宅
			昼間連絡先 (携帯・職場等)
生年月日	年 月 日 (歳)		
患者住所	〒		
県立中央病院受診歴	有り・無し	診察番号	— —

* 当院に初来院の場合は保険証のコピーもFAXお願いします。

◆依頼内容 ○で囲んでください。

内科 (血液、上部消化器、下部消化器、肝臓、胆膵臓、呼吸器、化学療法)

外科 (食道、胃、大腸、肝胆道、膵臓、乳腺)

整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、泌尿器科、産婦人科、頭頸部・耳鼻咽喉科

◆相談日希望 □1週間以内 □1週間以降でも可 □その他 ()

◆コメント欄 (支障のない範囲内で概要を記入下さい。)

数日以内に、当方からFAXにて予約日を連絡させていただきます。

下記についてご確認願います。⑤について判断がつかない場合は、当院地域医療部に相談ください。

各項目のいずれかに該当する場合はお受けできません。	該当○
①主治医に対する不満、医療過誤及び医療訴訟に関する相談	
②過去の治療の妥当性に関する相談	
③他の医療機関への紹介等を求める相談、転医を前提とした相談	
④相談に必要な資料がない (診療情報提供書、画像データ、検査データ等)	
⑤その他、がんセカンドオピニオンが困難又は不相当と認められる相談	