様式１

大阪公立大学医学部附属病院　　FAX：06-6636-3539

【医療機関専用】セカンドオピニオン外来申込書

大阪公立大学医学部附属病院

がん相談支援センター内 セカンドオピニオン外来担当

住 所 ： 大阪市阿倍野区旭町１丁目５－７

TEL ： 06-6645-2725(直通)　　FAX ： 06-6636-3539

※がん疾患以外のセカンドオピニオンも受付しております。

※当申込書をFAX送信後、原本を上記宛先へ郵送してください。

医療機関情報　　**記入日** 令和　　年　　月　　日

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
診療科	**主治医**
担当者	

患者情報

フリガナ		**性　別**	男 ・ 女
氏　名		**生年月日**	□大 □昭 □平 □令 □西暦 年　月　日　歳
住　所	〒　－	**自宅電話**	(　)　－
		携帯電話	(　)　－
当院受診歴	□無 ・ □有 →（診療科：　）（ID：　）		

代理相談者　※患者本人と同じ場合は記入不要です。

フリガナ		**続　柄**		**患者の来院**	□有 □無
氏　名		**自宅電話**	(　)　－		
		携帯電話	(　)　－		
住　所	〒　－				

セカンドオピニオンの詳細

希望診療科	□循環器内科 □呼吸器内科 □膠原病・リウマチ内科 □生活習慣病・糖尿病センター □腎臓内科 □骨・内分泌内科 □消化器内科 □肝胆膵内科 □小児科・新生児科 □皮膚科 □放射線科 □放射線治療科 □消化器外科 □乳腺外科 □心臓血管外科 □肝胆膵外科 □呼吸器外科 □小児外科 □脳神経外科 □整形外科 □泌尿器科（腎臓移植） □耳鼻いんこう科 □血液内科・造血細胞移植科 □脳神経内科 □歯科口腔外科 □感染症内科 ※血液内科・造血細胞移植科の場合：身長　　cm ／ 体重　　kg
希望医師	□無　　□有（　）医師
病　名	
相談内容	□どの治療を選ぶか相談したい　□提示された治療法で良いか相談したい　□他に治療法の選択肢がないか相談したい
詳　細	
都合が悪い日	□無（いつでも可）　□有（NG日：　）

相談当日の同席者（患者あるいは代理相談者を除く）

氏　名		**続　柄**		**氏　名**		**続　柄**	
氏　名		**続　柄**		**氏　名**		**続　柄**	

添付書類

□診療情報提供書　□血液検査データ　□病理検査所見　□画像所見　□画像データ（CD-Rなど）　□手術記録