**セカンドオピニオン外来申込書**

　　　 　 　平成　　年　　月　　日

群馬県立心臓血管センター院長　あて

　FAX　０２７－２６９－７２８６

　TEL　０２７－２６９－７４５５

相談者氏名　　　　　　　　　　　印

　私は、セカンドオピニオンに係る面談料として定められた金額を支払うことに同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 | 様 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　年　　　月　　　日　生（　　　歳） | | |
| 相談者  連絡先 | 〒  TEL：　　　（　　　）　　　　　　FAX：　　　（　　　） | | |
| 相談者続柄 | ご本人　・　ご家族（患者との続柄　　 　 ）※相談者がご家族の場合は別途同意書が必要です。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名  （疾患名） | １：  ２： |
| 今までの  経　　　過 |  |
| ご相談  の内容  (簡潔にお書き  下さい) |  |
| 主治医の医療機関とお名前 | 病院・診療所  　　　　　　　　　　　科 　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 |

　※提出資料（有無欄に○印を記入願います。）

|  |  |
| --- | --- |
| 資　　料　　項　　目 | 有　　無　　欄 |
| 【必ず提出して頂くもの】  セカンドオピニオン外来申込書  セカンドオピニオン外来相談同意書  　　　（※ご相談者がご本人以外の場合は必要です）  運転免許証や保険証などの身分証明書  （※ご相談者がご本人以外の場合は必要です）  診療情報提供書  血液検査結果（データ）  レントゲン検査フィルム | 有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無 |
| 【症例に応じて提出して頂くもの】  超音波検査の結果及び画像  MRI検査フィルム  CT検査フィルム  病理組織検査報告書  病理標本 | 有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無  有　　　　　　無 |
| その他（持参資料名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |