様式１

セカンドオピニオン外来申込書

山形市立病院済生館　済生館がん相談支援センター　あて（Fax ： 023-626-6517）

平成　　年　　月　　日

貴医療機関名			
ご担当医師名		診療科名	
電話番号		FAX 番号	

当日、別途紹介状（診療情報提供書）をお願いいたします。

※紹介状には、疾患名、重症度分類（ステージ)、現病歴、現在の治療・処方内容、今後の治療方針等のご記入をお願いいたします。また、必要に応じてレントゲン・CT・MRI などの写真・画像データ等の添付もお願いします。

≪相談希望診療科≫　※該当する項目に〇をつけてください

消化器内科（胃がん、大腸がん、肝がん、食道がん）			呼吸器内科(肺がん)
糖尿病・内分泌内科（甲状腺がん）		血液内科（白血病、リンパ腫）	
泌尿器科（前立腺がん、膀胱がん、腎がん）		耳鼻いんこう科（頭頚部腫瘍）	
産婦人科(子宮がん)	整形外科(骨軟部腫瘍)	眼科（眼腫瘍）	皮膚科（皮膚がん）
乳腺外科（乳がん）	脳神経外科（脳腫瘍他※）	その他（　　）	

※脳動脈瘤・頚部内頚動脈狭窄症・脳動静脈奇形・顔面痙攣・三叉神経痛・舌咽神経痛

(相談内容)

≪患者情報≫

フリガナ		性　別	男　・　女
氏　　名		TEL 番号	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）		
住　　所			
済生館受診歴	口 有（患者番号：　　） 口 無		

≪相談希望日≫

曜日希望（　月　火　水　木　金　）

その他　（　　）

【折返し予約票を FAX いたしますので、患者様にお渡し願います。】