

〔FAX055-989-5623／TEL055-989-5646〕

紹介状 診療情報提供書（Ⅱ：セカンドオピニオン用）

年 月 日

静岡県立静岡がんセンター
診療科※不明時は記載不要

医師名

科	所在地及び 医療機関名	
	電話／FAX Eメール	
	診療科・医師名	(印)

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名	(静岡がんセンター受診歴 あり・なし)	明・大・昭・平・令 年月日(歳)	男・女
住所	〒		
電話番号		職業	

主訴又は病名

紹介の目的（該当項目に○してください。）

※家族のみでのセカンドオピニオンは本人の同意があれば可能です。

Ⅱ-i セカンドオピニオン（患者本人が来院）

Ⅱ-ii セカンドオピニオン（患者本人以外が来院：本人からの同意書が必要です。）

※患者本人が同意書を書くことができない場合はその理由を以下に記入してください。同意書は不要となります。

(理由：)

診療・検査希望日（第3希望まで） 月 日／ 月 日／ 月 日／

相談目的（概要する番号に○をつけ、具体的な質問内容を下記にご記載ください）

- 1 どの治療を選ぶか相談したい
- 2 提示されている治療でいいか相談したい
- 3 提示されている治療法以外の方法がないか相談したい

質問内容

*診療情報提供は紹介いただく病院書式を添付ください

医療連携カルテの閲覧 希望する 希望しない

*がんセンターHP 診療案内の地域連携室タブ内「医療連携カルテ閲覧システム利用規定」をご確認ください

添付資料等 画像診断フィルム レポート 病理標本※病理セカンドは別途7000円です