

## コンサルテーション／セコンドオピニオン依頼書

平成 年 月 日

申込者氏名 ㊟

ご依頼者	依頼施設	
	依頼者/主治医	
患者様	患者名	
	患者番号	
	年齢・性別	歳 ( 男・女 )

<b>臨床診断</b> (画像上の特色、病変の局在、性状、診断に重要な検査所見も合わせて記載ください。)	
ご依頼元での病理(細胞)診断 (コピーも同封ください。)	
送付いただく標本	部位/臓器 (甲状腺、副甲状腺、 その他 : ) 細胞診 枚 (番号 ) 病理組織標本 枚 (番号 ) 特殊染色 ( あり・なし )
問題点 (コンサルテーションの目的)	

※記入スペースが足りない場合は、任意の用紙をご利用ください。

診断書送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	郵送先住所 : 宛名 : 回答 :
	<input type="checkbox"/> ファックス	FAX 番号 :
	<input type="checkbox"/> E-mail	メールアドレス :

※診断書(コンサルテーション回答)の送付方法を一つ選んで、宛先を必ず明記してください。

※郵送の場合、返信用封筒(宛先記入と 80 円切手貼付をお願いします)を合わせてお送りください。

覚道 健一

〒631-0006 奈良市西登美が丘 3 丁目 11 番 2 号