# セコンドオピニョン依頼書

平成　　年　　月　　日

申込者氏名　　㊞

※当依頼書は、主治医が作成してください。

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

| | |
|---|---|
| 予定されている治療と治療方針 | |
| 依頼元での病理（細胞）診断 | |
| 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　　）<br>特殊染色　（　あり・なし　） |
| コンサルテーションの目的、問題点 | |

※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 | □郵送 | 郵送先住所：<br>依頼者宛名：<br>回答： |
| | □ファックス | FAX 番号： |
| | □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