

国立がん研究センター中央病院

## 患者申出療養のセカンドオピニオン予約申込書

必ず医療機関から申出る治療法を記載した診療情報提供書と共に FAX して下さい。

予約センターFAX 番号 0120-732-111 (24 時間受信可)

受診者情報			
フリガナ		年齢	歳
患者氏名	(男・女)	生年月日	西暦 年 月 日
居住地	都道府県	区市郡	
電話番号	①	②	③
当センター受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診察歴あり (診察券番号: ) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンあり (診療科: 担当医: 年 月頃)		
希望診療科			
申出る治療法			

※申出る治療法は必須です。紹介状 (診療情報提供書) にも申出る治療法を必ずご記載ください。

患者申出療養は、健康保険証をお持ちの方に保険外併用療養費制度として実施するものです。

事前確認 <small>予約時に考慮させていただきます。これでお断りするものではありません。</small>	<input type="checkbox"/> 7日間以内に新型コロナウイルス感染症の患者 (確定例)、またはその疑い患者との接触がない <input type="checkbox"/> 過去10日以内に発熱 (37.5℃以上)、のどの痛み、咳、鼻汁、呼吸苦等の症状がない <input type="checkbox"/> 6週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症していない (発症日: 月 日)
---	--

## 予約希望日情報

受診希望日	(月/日 複数可) ※院内の都合により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください
受診できない日	(月/日 複数可)
曜日指定	月・火・水・木・金
医師指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師名 ( )

## 紹介元情報・予約日時の連絡方法

(送信元) 医療機関名	
医療連携ご担当者様	
直通TEL (医療連携室等)	
回答先FAX	
ご担当医	(医師名・診療科)
貴院への連絡方法	予約日を確定後、3 営業日以内を目途にFAXにて予約票を送付致します

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。予約センター医療機関専用 連絡先 TEL :

03-3547-5209 (9 時~16 時 土日祝日、年末年始を除く)