国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院
患者申出療養のためのセカンドオピニオン予約申込書

＜診療科＞　　□は、それぞれいずれか１つにチェック☑をしてください。

□ 脳脊髄腫瘍科	□ 眼腫瘍科	□ 頭頸部外科	□ 頭頸部内科
□ 乳腺外科	□ 乳腺・腫瘍内科	□ 呼吸器外科	□ 呼吸器内科
□ 食道外科	□ 胃外科	□ 大腸外科	□ 消化管内科
□ 内視鏡科	□ 肝胆膵外科	□ 肝胆膵内科	□ 泌尿器・後腹膜腫瘍科
□ 婦人腫瘍科	□ 骨軟部腫瘍科	□ 皮膚腫瘍科	□ 血液腫瘍科
□ 造血幹細胞移植科	□ 小児腫瘍科	□ 小児腫瘍外科	□ 放射線診断科
□ 放射線治療科			

＜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。

＜受診者情報＞

フリガナ 患者氏名	（ 男 ・ 女 ）	年齢	歳
		生年月日	西暦　　年　　月　　日
電話番号	①　　②　　③		
国立がん研究センター受診歴	□ ない　□ ある → 診察券の番号（　　）		

＜予約希望情報＞

予約希望	□ いつでもよい　□ 希望あり → 下に詳細を記入		
日程指定	希望日	（月/日　複数可）	
	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	

＜紹介元情報・予約日時の連絡方法＞

（送信元） 医療機関名 部署・氏名 電話番号	
FAX番号	予約決定日は、左記にFAXでご連絡いたします。

この申込書と紹介状（診療情報提供書）を、合わせて下記へFAXしてください。

FAX送付先：０１２０－７３２－１１１（番号誤りにご注意ください）

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 TEL：０３－３５４７－５１３０（１０：００～１６：００　土・日・祝日、年末年始を除く）