

## セカンドオピニオン外来申込書

記入申込日 年 月 日

患者に関する事項			
ふりがな			
患者氏名		生年月日	年 月 日生
性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所	〒	電話番号	— —
		FAX番号	— —

相談者に関する事項			
相談者氏名		患者との続柄	
住所	〒	電話番号	— —
来院予定の方	患者本人のみ ・ 患者本人と家族（続柄 ） ・ 家族のみ		
相談希望日	第1希望	月 日 (月・水・金) 午後(14時・15時)	ご持参資料等 (○で囲んで下さい) ・ 紹介状 ・ X線フィルム (CD) ・ 検査資料 ( )
	第2希望	月 日 (月・水・金) 午後(14時・15時)	
	第3希望	月 日 (月・水・金) 午後(14時・15時)	

相談内容に関する事項	
病名（原発部位）	組織型（例：腺がん等）
進行度（病期・転移等）	腫瘍マーカー
●これまでを受けた治療経過（治療内容と治療を受けた時期を記載して下さい）	
●現在の状況	
●ご相談目的	
余白が足りない場合は、別紙、書面を添付してください。	

現在、入院または通院されている医療機関名
----------------------

**該当項目にチェックをいれてください。**

①面談時に、どの範囲までの回答を希望されていますか？

- 日本国内で、保険認可の範囲内での治療相談
- 日本国内で、保険適応外も考慮した治療相談
- 海外で認可、または認可見込みの薬を視野に入れた治療相談
- 海外で第2相以降の臨床試験（但し、入手可能なもののみ）を視野に入れた治療相談

②治療の負担はどこまで考えていますか？

- 保険適用の範囲内のみで考えている
- 保険適用外の自由診療も考えている

③自由診療も考えている方のみチェックしてください

- 自費治療 1回 10万円以内まで
- 自費治療 1回 10万円～20万円まで
- 自費治療 1回 20万円～30万円まで
- 自費治療 1回 30万円～40万円まで
- 自費治療 特に制限しない。

当院宛にFAXまたは郵便にてお送りください。

**送付先： 医療法人社団 魁美会 千葉ポートメディカルクリニック**

〒261-0001 千葉県千葉市美浜区幸町1-2-2 桑田ビル2F

**F A X 番号 043-238-2234**