**送付物チェックリスト**

**～セカンドオピニオン外来申込みの際に送付いただくもの～**

* **セカンドオピニオン外来申込書**
* **セカンドオピニオン外来同意書**
* **主治医記載の診療情報提供書**
* **かかっている病院からいただける検査資料**

**【CT・MRI等の画像データ、病理検査結果等】**

**※ご家族様のみがご来院し、ご相談される場合は上記書類等に加えてさらに…**

**□代理受診委任状及び患者様との続柄を示す公的書類の写し**

**【写真の入ったもの…免許証or マイナンバーカード】**

**●お申込み・お問合せ先**

**独立行政法人 地域医療機能推進機構　中京病院**

**地域医療連携相談室内・がん相談支援センター**

**〒457-8510　名古屋市南区三条1-1-10**

**TEL：052-691-7151（内線1299）　　FAX：052-691-6053**