

○セカンドオピニオン外来に送って頂くもの

- 診療情報提供書(主治医の紹介状)
- できる限りの検査資料（血液検査結果、レントゲンフィルム、
CT、MRI、病理検査結果等）
- 同意書

ご家族だけでの相談の場合はさらに・・・

- 代理受診委任状 およびご相談者との続柄を示す書類
(写真の入ったもの、免許証や写真つきの健康保険証
などのコピー)

○申込・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 5613) FAX 052-691-6053