

依頼用紙

申し込み日： 年 月 日

この度、つつみ病理診断科クリニックに、下記症例のセカンドオピニオンをお願いしたく存じます。
よろしく願い申し上げます。

依頼者記入欄

依頼者氏名 (ふりがな：)		
TEL：		FAX：
E-mail：		記入日：
年齢： 歳	性別：	標本番号：
標本の種類： <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入下さい)：		
●おおよその経過をお知らせください		
●あなたがセカンドオピニオンを受けたいと思ったきっかけはなんですか？		
●あなたの希望、どんな点について、知りたいですか？		

つつみ病理診断科クリニック 院長、病理診断専門医:堤寛

報告用紙

記入日: _____ 年 月 日

セカンドオピニオン記入欄

病理診断意見

注1:この診断意見は、つつみ病理診断科クリニックによって提供されたものです。

あくまで、参考意見であることに留意してください。

注2:セカンドオピニオンの費用は、自由診療に相当します。つつみ病理診断科クリニックの取り決めに準じて、お支払いいただきます。費用については、当クリニックのホームページ、<https://pathos223clinic.com>の「セカンドオピニオン」のページにて公開しておりますので、ご確認ください。