

依頼用紙

受付日:

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。
よろしくお願ひ申し上げます。

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、より知りたいのか？		

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。

診断の最終責任は主治医にあることに留意してください。

注2:この症例を研究目的に使用する場合は、依頼者の施設においてIRB審査を受け、さらに施設内で情報を公開し、オプトアウトを行う必要があります。

注2:セカンドオピニオンの費用は、自由診療です。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。