豊　川　市　民　病　院
紹介受診マニュアル

令和４年７月１日

ー　目　次　ー

受診予約の申し込みについて　…　１
検査予約の申し込みについて　…　４
当日受診について　…　９
当日受診の連絡先早見表　…１４
入院の依頼について　…１５
その他紹介に関すること　…１５
セカンドオピニオン外来について　…１６

（様式等）
別紙１　受診依頼票（紹介状）　…１８
別紙２　検査依頼票（紹介状）　…１９
別紙３　造影剤投与に関する確認票　…２０
別紙４　PET-CT 検査の予約受付について　…２１
別紙５　PET-CT 検査依頼書　…２３
別紙６　PET-CT 検査依頼書（心サルコイドーシス用）　…２４
別紙７　入院時に準備していただく物　…２５
別紙８　豊川市民病院セカンドオピニオン外来申込書　…２６
別紙９　セカンドオピニオン外来代理受診同意書　…２７

豊川市民病院病診連携室　（〒442-8561　豊川市八幡町野路 23 番地）

(1)業務時間
平日　８時３０分から１９時００分(１７時００分から１９時００分はＦＡＸのみ対応)
土曜日　９時００分から１３時００分(ＦＡＸのみ対応)

(2)休日
日曜日・国民の祝日・年末年始（１２／２９～１／３）

(3)電話
応対時間 平日　８時３０分から１７時００分
※上記以外の時間帯は応対時間外のアナウンスに切り替わります。

電話番号　（０５３３）８９－５８２５（直通・専用）

(4)ＦＡＸ
受付時間 平日　８時３０分から１９時００分
土曜日　９時００分から１３時００分
※上記以外の時間帯はＦＡＸが不通となります。

ＦＡＸ番号　（０５３３）８９－５１０８（直通・専用）

豊川市宣伝部長兼おもてなC部長 © いなりん

受診予約の申し込みについて

当院は、患者さんを紹介いただく際、予約による受診をお願いしています。紹介受診の予約は「病診連携室」でお受けします。

専門性やご依頼の内容を確認し予約をお取りしますので、ＦＡＸによる申し込みをお勧めします。

１　受診予約受付時間

平　日：８時３０分から１９時００分（年末年始を除く）
土曜日：９時００分から１３時００分（国民の祝日、年末年始を除く）

※受診希望日の前日までに予約をお願いします。
※電話での受付けは、平日８時３０分から１７時００分までとなります。
※平日１７時００分から１９時００分及び土曜日は、次の予約が取れません。
・神経内科物忘れ外来
・診療科と調整が必要なご依頼の場合
※「精神科」への紹介は、入院の可能性があるもの（患者が希望している場合も含む）は、精神科外来へ電話により事前にご相談ください。

検査の依頼は、受付時間・申込様式が異なります。
「検査予約の申し込みについて」⇒　４ページ

２　受診予約可能な時間帯

平日（年末年始を除く）の９時３０分から１１時３０分まで

※　診療科や専門領域により、予約枠を設けていないことがあります。
※　予約枠が午後となっている専門外来があります。

紹介受診を担当する医師の一覧は、当院ホームページにてご確認いただけます。
トップページの「地域医療連携」より「医療関係者の方へ」へお進みください。

３　受診予約の流れ

①【紹介元医療機関】
受診希望日の前日までに、病診連携室へ受診予約のお申し込みをしてください。

ＦＡＸでの申し込み
・「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）を記載し、下記へ送信してください。
・FAX は患者さんの特定や依頼内容の確認が容易です。円滑にご予約をお取りすることができますので、FAX による申し込みをお勧めします。ポイント

病診連携室ＦＡＸ　０５３３－８９－５１０８
受付時間　平日：8時30分から１９時００分／土曜日：9時００分から１３時００分

電話での申し込み
・患者氏名・性別・生年月日・受診科（希望医師）・受診希望日をお伝えください。
・追って、「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）を病診連携室へＦＡＸ送信してください。

病診連携室電話　０５３３－８９－５８２５
受付時間　平日：8時30分から１７時００分

↓

②【豊川市民病院】
日程調整後、「紹介患者予約票」を紹介元医療機関へ FAX でお送りします。

↓

③【紹介元医療機関】
患者さんへ次の文書をお渡しください。
・受診依頼票（紹介状）（別紙１）、検査・画像などの資料
・紹介患者予約票

↓

④【患者さん】
受診当日、予約時刻の20分前までに、２階総合受付の「３紹介受付」へお越しください。

患者さんにご持参いただくもの
・受診依頼票（紹介状）（別紙１）
・検査、画像などの資料（ある場合のみ）
・紹介患者予約票
・健康保険証、各種公費受給者証
・服薬中の薬が分かるもの（“お薬手帳”や“お薬説明書”）
・豊川市民病院の診察券（お持ちの方のみ）

４　受診後の報告

・当院の翌営業日に受診状況（受診しなかった場合も含む）をＦＡＸにて連絡いたします。

・診療の経過や結果等は、後日当院医師より郵送で報告いたします。治療の状況によっては報告に時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

５　予約の変更、取り消し

・予約の変更及び取り消しは、原則、紹介元医療機関からの連絡にてお受けします。

６　急を要する紹介

急を要する場合、予約外での受診もお受けしています。受診の手続き等については、下記のページをご参照ください。

当日受診について　　⇒　９ページ
入院の依頼について　　⇒１５ページ

７　その他注意事項等

⑴ 次の外来は、診察に時間を要するため、完全予約制となっています。

・神経内科の物忘れ外来

・精神科（当院精神科初診、または当院精神科に１年以上受診がない方）

⑵ 当院精神科に１年以内に受診のある方の精神科の受診は、再来患者枠での受診となり、紹介による受診予約をお取りすることができません。ただし、紹介状を持参のうえ、平日１１時までに受付することで、当日の受診をすることができます。

⑶ 当院は、紹介いただいた患者さんが当院に入院となった場合、当院医師と紹介元の医師（豊川市民病院地域連携登録医制度による登録医に限ります。）が共同で診療を行うことができる専用病床である**「開放型病床」**を設けています。

紹介患者さんが受診した後、治療の過程で入院となった場合の「開放型病床」の利用希望について、**受診依頼票（紹介状）**（別紙１）の紹介状欄にあるチェック欄でお知らせください。

なお、「豊川市民病院地域連携登録医制度」及び「開放型病床」の詳細については、「豊川市民病院地域連携登録医制度ガイドブック」をご覧ください。

【検査予約】

検査予約の申し込みについて

当院は、地域医療機関からの依頼に基づき検査を実施します。検査は事前にFAXによる予約が必要です。お申し込みは診察予約と同様、病診連携室へお願いいたします。

1　予約が可能な検査項目

- ＣＴ　（単純／造影／歯科用インプラントＣＴ）
  ※心臓ＣＴは除きます。

- ＭＲＩ（単純／造影）
  ※ペースメーカ周辺部位の撮像は出来ない場合があります。検査可否に迷う場合は、事前にお問い合わせください。
  ※CRT-P（両心室ペースメーカ）、CRT-D(両心室ペーシング機能付き植込型除細動器)、ICD(埋込型除細動器)を装着した方の撮像は対応していません。

- PET-CT　（悪性腫瘍・大型血管炎／心サルコイドーシス）

- ＲＩ検査　（骨／腎動態／心筋／脳血流／甲状腺／肺血流／ダットスキャン検査）

- 超音波検査（頚部／腹部／心臓／下肢血管）
  ※頚動脈エコーは除きます。

- 胃内視鏡検査

- マンモグラフィー

- 骨塩定量検査（ＤＥＸＡ法）

- トレッドミル検査

- ホルター心電図検査

上記に無い検査は、検査予約の受付けができません。診察予約が必要となります。
「受診予約の申し込み」　⇒　１ページ

2　検査予約受付時間

平　日：８時 30 分から 19 時 00 分
土曜日：９時 00 分から 13 時 00 分
※電話での受付けはしておりません。
※検査希望日の前日までに予約をお願いします。

受診予約の依頼は、受付時間・申込様式が異なります。
「受診予約の申し込み」　⇒　１ページ

３　検査予約の流れ

①【紹介元医療機関】
患者さんへ、検査の内容・必要性・リスクなどの説明をお願いします。
PET-CT の場合、「PET-CT 検査の予約受付について」(別紙４)もご確認ください。

↓

②【紹介元医療機関】
下記の書類を記載し、病診連携室へFAX送信してください。

病診連携室ＦＡＸ　０５３３－８９－５１０８

受付時間　平　日：8時30分から19時00分
　　土曜日：9時00分から13時00分
※お電話での受付けはしておりません。

【CT・MRI で造影剤を使用する場合　次の２点】
検査依頼票（紹介状）（別紙２）
・検査の目的を詳細にご記入ください。
・部位に左右がある場合は必ず記載をしてください。

造影剤投与に関する確認票（別紙３）

【PET-CT の場合 次の２点】
検査依頼票（紹介状）（別紙２）
・検査の目的や治療の経緯は、次の「PET-CT 検査依頼書」へご記入ください。

PET-CT 検査依頼書（別紙５ 又は 別紙６）

【上記以外の場合　次の１点】
検査依頼票（紹介状）（別紙２）
・検査の目的を詳細にご記入ください。
・部位に左右がある場合は必ず記載をしてください。

CT・RI・PET-CT の場合は、医療放射線被ばくに関する説明をした上で検査の同意を得ていただき、検査依頼票（紹介状）下段の該当箇所にチェックを入れてください。

↓

③【豊川市民病院】
「紹介患者予約票」、及び検査に応じた文書（検査予約票、問診票、注意事項など）を紹介元医療機関へ FAX でお送りします。

↓

④【紹介元医療機関】
患者さんへ次の文書をお渡しください。
・②で FAX 送信していただいた文書の原本
・③で当院から FAX でお送りした検査に応じた文書

検査に応じ、絶食や休薬の指示等を患者さんへ行ってください。
詳細は次ページの「６検査に関する注意事項等」をご参照ください。

［次頁へ］

【検査予約】

⑤【患者さん】
検査当日、予約時間の20分前までに、２階総合受付の「３紹介受付」へお越しください。

患者さんにご持参いただくもの

・④で紹介元医療機関から渡された文書
・健康保険証、各種公費受給者証
・服薬中の薬が分かるもの（“お薬手帳”や“お薬説明書”）
・豊川市民病院の診察券（お持ちの方のみ）

検査で個別に必要な物品

・歯科用インプラントＣＴ
…マウスピース
・ＭＲＩ対応のペースメーカを装着した患者さんのＭＲＩ
…「条件付きＭＲＩ対応カード」及び「ペースメーカ手帳」
・ＲＩ検査（骨、腎動態）
…飲料（水またはお茶）（３００ml）

※詳細は「６検査に関する注意事項等」をご参照ください

４　検査の報告

・当院の翌営業日に受診状況（受診しなかった場合も含む）をＦＡＸにて連絡いたします。
・後日、当院医師による読影結果または所見を紹介元医療機関へ送付させていただきます。ＣＴ、ＭＲＩ等の画像につきましては、貴院保存用としてＣＤを合わせてお送りします。

５　予約の変更、取り消し

・予約の変更及び取り消しは、原則紹介元医療機関からの連絡にてお受けします。

６　検査に関する注意事項等

【造影剤を使用する検査】（ＣＴ・ＭＲＩ共通）

・造影剤投与に関するリスクを患者に説明し、患者同意のもとお申し込みください。
・造影剤投与の最終判断は、豊川市民病院で行います。
・問診内容や血液検査結果、休薬や絶食の状況、造影剤投与の有用性、患者の不同意などにより、造影剤の投与を行わず、単純撮影のみ実施する場合があります。

- 検査当日、問診等により検査できないと判断されても、日を改めることで造影剤投与が可能と見込めるものは、豊川市民病院が患者と調整し、新たな検査日を設ける場合があります。
- 造影剤によるアレルギーの有無、気管支喘息の有無、腎不全の有無の確認（検査申込みには**eGFR（推算糸球体濾過量）**の記入（半年以内に実施した検査の値）が必要。値が30以下は造影剤投与禁忌。）をお願いします。なお、患者さんが１８歳未満の場合、eGFRでの評価ができないため、血清クレアチニンの値をご記載ください。
- 【CTのみ】ビグアナイド系糖尿病薬服用の有無をご確認ください。服用がある場合、検査前２日、当日、検査後２日の合計５日の**休薬指示**を患者に対して行ってください。
- 【CTのみ】**検査４時間前**からの絶食の指示を患者に対して行ってください。
- 「造影剤投与に関する確認票」（別紙３）の記入が必要です。内容確認及び必要事項の記入をして、「検査依頼票（紹介状）」（別紙２）と合わせて、病診連携室へFAXしてください。

【歯科用インプラントCT】

- 撮影時にマウスピースが必要です。
- 矯正歯科に関するものなので健康保険の適用となりません。患者さんのお支払額は約12,000円です。

【MRI対応のペースメーカを装着した患者さんのMRI】

- ペースメーカ周辺部位の撮像は出来ない場合があります。
- CRT-P (両心室ペースメーカ)、CRT-D(両心室ペーシング機能付き植込型除細動器) ICD(埋込型除細動器)を装着した方の MRI 撮影は対応していません。
- ペースメーカ埋め込み後、6週間経過していることが必要です。
- ペースメーカを装着した患者さんの場合、検査申込書の所定場所に✔を記してください。
- 予約時にお送りする「紹介患者予約票」は、循環器内科の受診予約の案内です。同日にＭＲＩ検査は行いません。
  - ：循環器内科で検査に係る事前のチェックを行います。
  - ：循環器内科受診時に、直接患者さんと日程調整し、ＭＲＩ検査の実施日を決定します。
- 循環器内科受診時、及びＭＲＩ検査実施当日ともに、『条件付きＭＲＩ対応カード』及び『ペースメーカ手帳』の持参が必要です。

【PET-CT（全て）】

- 検査で使用する放射性医薬品は、1回の検査ごとに準備します。放射性医薬品は一度検査用に準備するとその後保存ができない性質であるうえ、高額な医薬品です。検査予約日の変更やキャンセルは、分かり次第、紹介元医療機関から、病診連携室へご連絡ください。なお、検査前日（土、日、祝日を除く）の１６時までに、予約の変更やキャンセルの連絡がない場合、放射性医薬品代を患者さんへ請求させていただきます。
- 検査後12時間、妊婦や乳幼児との接触をさけるようにしてください。
- 授乳中の方は検査後24時間、授乳を中止してください。

【検査予約】

【PET-CT（悪性腫瘍・大型血管炎の場合）】

・病理学的に悪性腫瘍（臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される場合も含む）または大型血管炎（高安動脈炎、巨細胞性動脈炎）の診断が確定していることが必要です。
・癌の種類や、検査実施目的により、検査をお受けできないものがあります。
・検査6時間前から絶食です。糖分を含む飲物も禁止です。
・検査6時間前から糖尿病内服薬及びインスリン注射を中止してください。
・糖分の入った輸液は、検査６時間前から中止してください。

【PET-CT（心サルコイドーシスの場合）】

・心サルコイドーシスの診断が確定していることが必要です。
・絶食期間が長いため、糖尿病患者に対して検査を行っておりません。
・検査前日の夕食は、２０時までに済ませてください。２０時から絶食（検査終了まで19時間30分）です。
・前日の夕食は、糖質の制限（糖質摂取５ｇ以下）が必要です。
・前日の夕食以降、糖分を含む飲物は禁止です。
・糖分の入った輸液は、検査６時間前から中止してください。

【ＲＩ検査（全て）】

・検査で使用する放射性医薬品は、1回の検査ごとに準備します。放射性医薬品は一度検査用に準備するとその後保存ができない性質であるうえ、高額な医薬品です。検査予約日の変更やキャンセルは、分かり次第、紹介元医療機関から、病診連携室へご連絡ください。なお、検査前日（土、日、祝日を除く）の１６時までに、予約の変更やキャンセルの連絡がない場合、放射性医薬品代を患者さんへ請求する場合があります。

【ＲＩ検査（腎動態）】

・検査時に、３００mlを目安に飲水が必要となります。飲み物（水またはお茶）をご持参ください。

【ＲＩ検査（骨）】

・検査時に、３００mlを目安に飲水が必要となります。飲み物（水またはお茶）をご持参ください。
・この検査は注射後、約２時間経過してから開始するため、「紹介患者予約票」には来院いただく時刻、「検査予約票」には撮像を開始する予定の時刻が、それぞれ“予約時間”として記載されています。

【胃内視鏡検査】

・前日は、２１時００分までに軽い食事を取ってください。それ以降は絶食です。
・検査当日の朝、コップ１杯(200cc程度)の水を飲んでください。食事・薬は一切とらないでください。ただし、血圧の薬、心臓の薬、精神科の薬などは主治医の指示に従い少量の水で飲んでください。

当日受診について

当院は、予約による受診をお願いしていますが、急な症状である場合、予約外にて受診していただくことも可能です。

来院方法や時間帯等により当院への連絡方法が異なりますのでご注意ください。

診療時間内（平日8時30分～１７時００分）の受診

来院が救急車以外

受付時間内（平日8時30分～11時００分）に
「３紹介受付」で受付けができる場合
⇒１番（１０ページ）へ

受付時間内（平日8時30分～11時００分）に
「３紹介受付」で受付けができない場合
⇒２番（１１ページ）へ

救急車での来院 ⇒３番（１２ページ）へ

診療時間外（平日８時 30 分～１７時００分以外）の受診

来院方法によらず ⇒４番（１３ページ）へ

【当日受診】

1　受付時間内（平日８時 30 分～11 時００分）に「３紹介受付」で受付けができる場合

当日の紹介については、予約時間を取ることができませんが、事前にカルテの作成等を行い、少しでも早く受診できるよう配慮させていただきます。

①【紹介元医療機関】
「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）を記載し、病診連携室へＦＡＸ送信してください。

・様式中の次の点をもらさずご記入ください。
『本日受診』　…レ点チェック
『救急車使用』　…“無し”をレ点チェック
開放型病床の利用希望　…当てはまる項目にレ点チェック（概要は３ページをご覧ください）

病診連携室ＦＡＸ　０５３３－８９－５１０８

②【紹介元医療機関】
・患者さんへ「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）、検査・画像などの資料をお渡しください。

・患者さんへ次の内容をお伝えください。
ポイント
・11時00分までに「３紹介受付」で受付けをお済ませください。
・11時00分を過ぎると救急外来（専門外医師）への案内となります。

③【患者さん】
11時00分までに「３紹介受付」で受付けをお済ませください。

患者さんにご持参いただくもの
・受診依頼票（紹介状）（別紙１）
・診療情報、検査、画像などの資料（ある場合のみ）
・健康保険証、各種公費受給者証
・服薬中の薬が分かるもの（“お薬手帳”や“お薬説明書”）
・豊川市民病院の診察券（お持ちの方のみ）

２　受付時間内（平日8時30分～11時００分）に「３紹介受付」で受付けができない場合

①【紹介元医療機関】
当日受診の可否について当院医師へ直接ご相談ください。
連絡先は、診療を希望する**診療科の外来**です。

ポイント

電話番号　０５３３－８６－１１１１（代表）
代表電話が混み合っている場合は、次の電話もご利用下さい。
電話番号　０５３３－８９－５８２５（病診連携室）

↓

②【豊川市民病院】
紹介受診受入れに関する判断と診療科や受付窓口をお伝えします。
紹介状のＦＡＸを頂いてからの調整となる場合もあります。

↓

③【紹介元医療機関】
「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）を記載し、病診連携室へＦＡＸ送信してください。

・様式中の次の点をもらさずご記入ください。
『希望診療科』　…②でお伝えした科名・医師名
『本日受診』　…レ点チェック
『救急車使用』　…“無し”をレ点チェック
『連絡済み』　…レ点チェック
開放型病床の利用希望　…当てはまる項目にレ点チェック（概要は３ページをご覧ください）

病診連携室ＦＡＸ　０５３３－８９－５１０８

↓

④【紹介元医療機関】
・患者さんへ「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）、検査画像などの資料をお渡しください。
・患者さんへ受付窓口をお伝えください。
専門科での診察…２階総合受付の「３紹介受付」
救急科での診察…１階「救急センター受付」

↓

⑤【患者さん】
④で案内された受付窓口へお越しください。
患者さんにご持参いただくもの
・受診依頼票（紹介状）（別紙１）
・診療情報、検査、画像などの資料（ある場合のみ）
・健康保険証、各種公費受給者証
・服薬中の薬が分かるもの（“お薬手帳”や“お薬説明書”）
・豊川市民病院の診察券（お持ちの方のみ）

【当日受診】

３　救急車での来院

①【紹介元医療機関】
診療を希望する診療科の外来へ電話連絡してください。 ポイント
救急車での来院であることを必ず伝えてください。

電話番号　０５３３－８６－１１１１(代表)
代表電話が混み合っている場合は、次の電話もご利用下さい。
電話番号　０５３３－８９－５８２５(病診連携室)

診療時間外の診察は
「４救急科の受診の場合」
を参照ください
⇒１３ページ

②【豊川市民病院】
来院に際して必要なことをお伝えします。

③【紹介元医療機関】
「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）を記載し、病診連携室へＦＡＸ送信してください。

・様式中の次の点をもらさずご記入ください。
『希望診療科』　…②でお伝えした科名
『本日受診』　…レ点チェック
『救急車使用』　…“有り”をレ点チェック
『連絡済み』　…レ点チェック
開放型病床の利用希望　…当てはまる項目にレ点チェック（概要は３ページをご覧ください）

病診連携室ＦＡＸ　０５３３－８９－５１０８

④【紹介元医療機関】
患者さんへ「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）、検査画像などの資料をお渡しください。

⑤【患者さん】
救急車でご来院ください。

患者さんにご持参いただくもの
・受診依頼票（紹介状）（別紙１）
・診療情報、検査、画像などの資料（ある場合のみ）
・健康保険証、各種公費受給者証
・服薬中の薬が分かるもの（“お薬手帳”や“お薬説明書”）
・豊川市民病院の診察券（お持ちの方のみ）

４　診療時間外（平日８時３０分～１７時00分以外）の受診

診療時間外は救急科での受診になります。

なお、救急科では緊急性が高い方を優先して診察するため、待ち時間が長くなることがあります。緊急性が低い方は、診療時間内の受診を案内いただきますようご配慮ください。

①【紹介元医療機関】
来院方法によらず、救急センターへ電話連絡してください。　ポイント

救急センター電話　０５３３－８６－１１１９(直)

↓

②【豊川市民病院】
紹介受診受入れに関する判断と来院に際して必要なことをお伝えします。
紹介状のＦＡＸを頂いてからの調整となる場合もあります。

↓

③【紹介元医療機関】
「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）を記載し、救急センターへＦＡＸ送信してください。

・様式中の次の点をもらさずご記入ください。
『希望診療科』　…“救急科”を記載
『本日受診』　…レ点チェック
『救急車使用』　…来院方法に応じてレ点チェック
『連絡済み』　…レ点チェック
開放型病床の利用希望　…当てはまる項目にレ点チェック（概要は３ページをご覧ください）

救急センターＦＡＸ　０５３３－９５－８１８０(直)

↓

④【紹介元医療機関】
患者さんへ「受診依頼票（紹介状）」（別紙１）、検査画像などの資料をお渡しください。

↓

⑤【患者さん】
１階「救急センター受付」へお越しください。

患者さんにご持参いただくもの
- 受診依頼票（紹介状）（別紙１）
- 診療情報、検査、画像などの資料（ある場合のみ）
- 健康保険証、各種公費受給者証
- 服薬中の薬が分かるもの（“お薬手帳”や“お薬説明書”）
- 豊川市民病院の診察券（お持ちの方のみ）

当日受診の連絡先早見表

患者さんの到着時間		0時00分 ～ 8時30分	8時30分 ～ 11時00分	11時00分 ～ １７時00分	１７時00分 ～ ２４時00分
救急車以外で来院	平日	☎ 救急センター FAX 救急センター	患者さんが上記時間内に来院し受付 FAX 病診連携室	☎ 専門外来 FAX 病診連携室	☎ 救急センター FAX 救急センター
	土日,祝日 年末年始	☎ 救急センター FAX 救急センター			
救急車で来院	平日	☎ 救急センター FAX 救急センター	☎ 専門外来 FAX 病診連携室		☎ 救急センター FAX 救急センター
	土日,祝日 年末年始	☎ 救急センター FAX 救急センター			

病診連携室　電話 ０５３３－８９－５８２５　FAX ０５３３－８９－５１０８

救急センター 電話 ０５３３－８６－１１１９　FAX ０５３３－９５－８１８０

専門外来　電話 ０５３３－８６－１１１１（病院代表）

入院の依頼について

入院の依頼は、入院を希望する診療科の医師へ直接ご相談ください。

●診療時間内（平日（年末年始を除く）8時30分～１７時00分）に、入院を希望する診療科の外来へお電話ください。
なお、最終的な入院の可否は、患者さんを診察のうえ当院医師が判断します。

電話　０５３３－８６－１１１１（代表）
※電話交換手へ、希望の診療科をお伝えください。

●紹介状のＦＡＸは病診連携室でお受けします。
診療時間内（平日（年末年始を除く）8時30分～１７時00分）にお送りください。

《豊川市民病院地域連携登録医のみ》
開放型病床への入院を希望する場合は、別冊の「豊川市民病院地域連携登録医制度ガイドブック」の「開放型病床利用申込書（紹介状）」にてご紹介ください。

病診連携室FAX　０５３３－８９－５１０８（直）

●患者さんご来院の際の受付窓口は、２階「３紹介窓口」です。
なお、入院時に必要なものは「入院時に準備していただく物」（別紙７）を参考にしてください。

その他紹介に関すること

（１）フィルム、検体等の物品について
・紹介元医療機関からお預かりした物品は、病診連携室から返却させていただきます。原則、患者さんを通じての返却はいたしません。
・豊川市民病院からお貸しした物品の返却は、病診連携室でお受けします。

（２）病棟への訪問について
・新型コロナウイルス感染防止対策として、病棟への訪問を一部制限させていただく場合があります。
・開放型病床への訪問については、事前に患者サポートセンターへご連絡ください。

セカンドオピニオン外来について

セカンドオピニオン外来は、他の医療機関で治療を受けている患者さんが、ご自身の病気や治療について理解を深めることや、今後の治療方法の選択・決定をするための参考にするため、当院の専門医に相談し、見解、意見、助言等を聞く事ができる外来です。

１　セカンドオピニオン外来の対象となる疾患

・胃がん　・大腸がん　・肝がん　・乳がん　・肺がん

２　セカンドオピニオン外来を受けられる方

・豊川市民病院以外で診療を受けている患者さんご本人

・上記患者さんが、外来への同席に同意した方

・患者さんが同意した、患者さん本人に代わり受診する方（**「セカンドオピニオン外来代理受診同意書」**（別紙９）の提出が必要です。）

３　相談日

・この外来は、事前の予約が必要です。

・相談内容により担当医師を決め、患者さんの希望日時も踏まえ決定させていただきます。

４　費用

30 分まで 11,000 円（消費税込）

開始時刻から 30 分を超す毎に 5,500 円（消費税込）

※相談時間は、原則、1 時間までとさせていただきます。

※この外来は、健康保険証は使えません。

５　必要なもの

①事前にご提出いただくもの

・セカンドオピニオン外来申込書（別紙８）

・紹介状（セカンドオピニオン用と分かる記載のあるもの）

・検査データ、レントゲンやＣＴ，ＭＲＩなどの画像データ

②当日持参いただくもの

・セカンドオピニオン外来代理受診同意書（別紙９）

※セカンドオピニオン外来に患者さん本人が出席しない場合に必要です。

※患者さんの代わりにセカンドオピニオン外来を受ける方の名前を記載してください。

※同意書に記載されていない方は、セカンドオピニオン外来を受けられません。

・上記同意書に記載された相談者の**身分の分かるもの**（運転免許証、健康保険証など）

６　予約から受診までの流れ

①【患者さん　または　医療機関】

次のものを豊川市民病院へご提出ください。
・セカンドオピニオン外来申込書（別紙８）
・紹介状（セカンドオピニオン用と分かる記載のあるもの）
※セカンドオピニオン外来で、画像撮影や検査は行いません。紹介状に、検査結果や画像データを必ず添付してください。

◎受診中の医療機関を通じたお申込みも可能です。
上記書類を、ＦＡＸで受付けます。画像データＣＤなどＦＡＸできない資料は、至急（遅くとも、予約日の、土日祝日を除いた２日前までに）郵送等で当院へお届けください。

予約担当：患者サポートセンター
受付時間：月～金（年末年始、祝日を除く）８時 30 分～17 時 15 分
〒442－8561　豊川市八幡町野路 23 番地
電　話：0533-86-1111(代)
ＦＡＸ：0533-89-5108

②【豊川市民病院】
予約票を郵送又はＦＡＸでお送りします
※医療機関を通じたお申込みの場合、その医療機関へＦＡＸします。

③【患者さん　又は　相談者】
当日は、総合受付カウンターの「３紹介受付」へ、予約時間の２０分前までにお越しください。

【お持ちいただくもの】
・予約票
・セカンドオピニオン外来代理受診同意書（別紙９）（本人の出席がない場合のみ）
・上記同意書に記載された相談者の身分の分かるもの（運転免許証、健康保険証など）

７　受診中の医療機関への報告

当院担当医師より、紹介状を作成いただいた医療機関に対し、セカンドオピニオン外来の報告書を、後日郵送でお送りいたします。

８　その他

（１）相談内容や状況によって、セカンドオピニオン外来をお受けできない場合があります。
【例】・当院への転院、転医を目的とする相談。　・医療事故や訴訟に関する相談。
・現在受診中の医療機関や医師への不満、苦情に関する内容。
・診療費用や医療給付に関する相談。　・死亡した方を対象とした相談。
・現在の主治医からの診療情報の提供がない場合。
・患者さん本人が同意していない方からの相談。
（２）セカンドオピニオン外来の録音を希望する場合、事前にご相談ください。

（別紙1）

受 診 依 頼 票（紹介状）

豊川市民病院　宛て　　令和　　年　　月　　日

受診希望科　　科

医師の指定
- □指定医師名（　　）医師
- □担当医は病院の診療体制にゆだねる

外来受診希望日
- □　　月　　日（　　）
- □診察日は病院の診療体制にゆだねる
- 都合の悪い日があればご記入ください
- □本日受診　（救急車使用 □有り　□無し）

（紹介元医療機関）
所 在 地：
名　称　：
診 療 科：　　科
医師氏名：
ＴＥＬ：　　－　　－
ＦＡＸ：　　－　　－

●平日の受診は、午前11時00分までに「３紹介受付」で受付けが必要です。
受付けが午前11時00分を過ぎた場合、「救急科」での受診となる場合があります。

●次の場合、**事前の連絡**をお願いします。
・平日診療時間内の受診希望で、受付けが午前11時00分を過ぎる場合　……各診療科へ
・　　〃　　来院が「救急車」の場合　……各診療科へ
・土日祝日、診療時間外等で「救急科」の受診を希望する場合（来院方法によらず）　…救急センターへ
→ □連絡済み

フリガナ		男・女	現住所
氏　名			
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）		
電話番号	－　　－		

被保険者証	保険者番号	公費種別	子ども ・ 障害 ・ 母子 ・ 特疾 ・ 精神 生保 ・その他（　　）
	記　号		
	番　号	公費負担者番号	
	本人 ・ 家族　負担割合　　割	受給者番号	

豊川市民病院受診歴	□ 有り（患者番号：　　）　□ 無し　□ 不明
現在の状況	□ 通院中　□ 入院中

紹介状

□ 別添のとおり

添付資料	画像等　□ 有　□ 無　　検査結果　□ 有　□ 無（X-P　CT　MRI　その他　□　）　□ 無

傷病名：

症状等：

処方内容：

（地域連携登録医のみお答えください。□に✔をお願いします。）
本患者さんが入院となった場合の、開放型病床の利用希望　□希望する　□希望しない　□どちらでもよい

●受診依頼に関するお問い合わせ・連絡先

病診連携室	TEL 0533-89-5825(平日8:30～17:00)	FAX 0533-89-5108(平日8:30-19:00、土曜9:00-13:00)
救急センター	TEL 0533-86-1119	FAX 0533-95-8180
各診療科	TEL 0533-86-1111（代表電話より）	

※以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

患者番号		患者情報・紹介情報登録		予約票送付		受診予約登録	

検 査 依 頼 票（紹介状）

豊川市民病院　宛て

令和　　年　　月　　日

（紹介元医療機関）

所 在 地：

名　　称：

診 療 科：　　科

医師氏名：

T　E　L：　　－　　－

F　A　X：　　－　　－

希望日
- 第1希望　　月　　日（　　）
- 第2希望　　月　　日（　　）
- □ 診察日は病院の診療体制にゆだねる
- 都合の悪い日があればご記入ください

●検査依頼はFAXでの受付けに限ります。

フリガナ		男・女	現住所		
氏　名					
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）				
電話番号	－　　－				
被保険者証	保険者番号		公費種別	子ども ・ 障害 ・ 母子父子 ・ 特疾 ・ 精神 生保 ・ その他（　　）	
	記　号				
	番　号		公費負担者番号		
	本人 ・ 家族	負担割合　　割	受給者番号		

豊川市民病院受診歴	□ 有り（患者番号:　　） □ 無し □ 不明
現在の状況	□ 通院中 □ 入院中

検査項目（□にチェックしてください。部位に左右がある場合は必ず記載してください。）

□ CT □ 単純 □ 造影あり※ □ 歯科用インプラント └撮影時マウスピースの持参が必要 部位	□ MRI □ 単純 □ 造影あり※ ＊ペースメーカ装着ある場合はチェック→ □ ＊CRT-P、CRT-D、ICDは撮影に対応していません。 部位

※造影検査依頼の場合、『造影剤投与に関する確認票』を記入し、本書と共にＦＡＸしてください。

□ PET-CT	□ 悪性腫瘍	□ 大型血管炎	□ 心サルコイドーシス	
□ RI	□ 骨（HMDP）	□ 腎動態（Mag3）	□ 心筋（I-MIBG）	□ 脳血流（ECD）
	□ 甲状腺（Tc）	□ 肺血流（MAA）	□ ダットスキャン検査	
□ 超音波検査	□ 頚部〔頚動脈エコー除く〕	□ 腹部	□ 心臓	□ 下肢血管
□ 胃内視鏡検査	□ マンモグラフィー	□ 骨塩定量（DEXA法）		
□ トレッドミル	□ ホルター心電図			

紹介状　依頼目的や症状の経過等を詳しくご記入ください。

□ 別添のとおり

□ 医療放射線被ばくに関する説明と検査への同意有り　※CT・RI・PET-CT検査時は必須

●検査依頼に関するお問い合わせ・連絡先

病診連携室　FAX 0533-89-5108(平日8:30-19:00、土曜日9:00-13:00)　TEL 0533-89-5825(平日8:30-17:00)

※以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

患者番号		患者情報・紹介情報登録		予約票送付		受診予約登録	

（別紙3）

造影剤投与に関する確認票

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）本票を「検査依頼票（紹介状）」と
合わせてＦＡＸ送信してください。

造影剤を使用する検査について、下記事項を確認しました。

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日：明･大･昭･平･令　　年　　月　　日

（１）造影剤を使用する検査全般について

・造影剤投与の最終判断は、豊川市民病院で行います。
問診内容や血液検査結果、休薬や絶食の状況、造影剤投与の有用性、患者の不同意などにより、造影剤の投与を行わず、単純撮影のみ実施する場合があります。

・検査当日、問診等により検査できないと判断されても、日を改めることで造影剤投与が可能と見込めるものは、豊川市民病院が患者と調整し、新たな検査日を設ける場合があります。

（２）個別の確認事項　（確認事項に✔及び数値記載）

ＣＴ	造影剤投与によるリスク説明	□ 済み				
	ヨード造影剤アレルギー	□ あり	□ なし	□ 使用歴なし	□ 不明	
	気管支喘息	□ あり	□ なし			
	腎不全	□ あり	□ なし			
	・ｅＧＦＲ(推算糸球体濾過量) (eGFR ３０以下は造影剤投与禁忌) ・18歳未満は、血清クレアチニン	＿＿＿＿ mL/min/1.73m^2 ＿＿＿＿ mg/dl	検査日※ 年　月　日			
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用	□ あり	□ なし			
	↓「あり」の場合,検査前２日・検査当日・検査後２日（合計５日）の休薬指示	□ 済み				
	検査４時間前からの絶食指示	□ 済み				
ＭＲＩ	造影剤投与によるリスク説明	□ 済み				
	ガドリニウム造影剤アレルギー	□ あり	□ なし	□ 使用歴なし	□ 不明	
	気管支喘息	□ あり	□ なし			
	腎不全	□ あり	□ なし			
	・ｅＧＦＲ(推算糸球体濾過量) (eGFR ３０以下は造影剤投与禁忌) ・18歳未満は、血清クレアチニン	＿＿＿＿ mL/min/1.73m^2 ＿＿＿＿ mg/dl	検査日※ 年　月　日			

※半年以内の検査データ記載、または検査データの添付をお願いします。

（豊川市民病院）

ＰＥＴ－ＣＴ検査の予約受付について

１　検査の受け入れ要件

当院では、悪性腫瘍、大型血管炎、心サルコイドーシスを対象に、健康保険の適用となる症例の検査のご依頼をお受けしています。

（１）悪性腫瘍の場合

①保険適用要件

・他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者であること。

・悪性腫瘍の診断が確定している患者であること。

基本的には、病理学的に悪性腫瘍と確定されていることが、保険適用の条件になります。ただし、「病理診断により確定診断が得られていないが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される」場合は、保険適用が認められております。このようなケースは、身体所見、画像所見、腫瘍マーカー、経過等の複数の要因から臨床的に悪性腫瘍の診断に至った症例が想定されます。

そのため、「悪性腫瘍の疑い」や「腫瘍マーカーが高値のみで悪性腫瘍と診断」等の場合は、健康保険の適用外となりますので、ご依頼を受けかねます。

②悪性腫瘍ごとの保険適用一覧　　［○保険適用　　×保険適用外］

	病期診断	転移/再発診断	治療効果判定	原発巣検索
肺癌・乳癌・大腸癌・頭頸部癌	○	○	×	×
膵臓癌	○	○	×	×
悪性リンパ腫	○	○	○	×
転移性肝癌	×	×	×	○
原発不明癌	×	×	×	○
早期胃癌	×	×	×	×
上記以外の悪性腫瘍	○	○	×	×

※治療効果判定は、悪性リンパ腫の患者のみ保険適用。

※原発巣検索は、転移性肝癌及び、原発不明癌（リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣が不明であること）の患者のみ保険適用。

※膵臓については、膵蔵癌と腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な患者も保険適用。

③注意事項

・ＣＴ、ＭＲＩ等の画像検査が約３ヶ月以内に実施されていない場合、保険適用が困難となる場合があります。

・同一月にガリウムシンチグラフィとＰＥＴ‐ＣＴの両方を保険請求することはできません。ガリウムシンチグラフィを既に実施している場合は検査依頼日のご検討をお願いします。

（２）大型血管炎の場合

①保険適用要件

・大型血管炎（高安動脈炎または巨細胞性動脈炎）と診断されており、他の検査で病変の局在または活動性の判断がつかない患者であること。

②注意事項

・同一月にガリウムシンチグラフィとＰＥＴ‐ＣＴの両方を保険請求することはできません。ガリウムシンチグラフィを既に実施している場合は検査依頼日のご検討をお願いします。

（３）心サルコイドーシスの場合

①保険適用要件

・心サルコイドーシスの診断が確定していること。

・心サルコイドーシスの病変分布（重症度）を評価するために行うものであること。

②注意事項

・糖尿病患者に対して検査を行っていません（検査終了まで１９時間３０分の絶食が必要なため）。

・同一月にガリウムシンチグラフィとＰＥＴ‐ＣＴの両方を保険請求することはできません。ガリウムシンチグラフィを既に実施している場合は検査依頼日のご検討をお願いします。

２　予約申込手順

（１）次の２点を記載し、病診連携室あてにＦＡＸ送信してください。

・「検査依頼票（紹介状）」

・「ＰＥＴ－ＣＴ検査依頼書」

ＦＡＸ　：　０５３３-８９-５１０８

受付時間：　月～金曜日　８：３０～１７：００

（２）予約日時を確定し、次の文書をＦＡＸにて返信します。①でＦＡＸ送信いただいた書類の原本と共に、患者さんへお渡しください。

・「紹介患者予約票」

・「検査予約票」

・「PET-CT 説明書」

・「PET-CT 問診票」（患者さんが記入し当日持参）

３　予約のキャンセル、予約日の変更について

本検査で使用する検査薬剤は、一度検査用に準備すると、その後保存ができない性質のため、別の日に薬を使い回すことができません。

そのため、薬剤準備の都合上、検査のキャンセル・予約変更の受付は、検査前日（土、日、祝日を除く）の１６時までとなっています。この時間までに、紹介元医療機関を通じて、豊川市民病院病診連携室までご連絡ください。なお、この時間を過ぎたキャンセルや予約変更、また当日の検査キャンセルは、薬剤代（約５万円）を患者さんに請求させていただきますので、ご注意ください。

（豊川市民病院）

PET-CT検査依頼書

（別紙5）

記載日：令和　　年　　月　　日

患者氏名		生年月日	年　月　日	性別	男 ・ 女
病名		身長・体重	cm		kg

●別紙「PET-CT検査の予約受付について」をお読み頂き、チェック、記載をお願いします。

※大型血管炎（高安動脈炎または巨細胞性動脈炎）の場合は、下記「ガリウムシンチの実施」以下をご記載ください。

実施目的（黒塗りの欄は保険適用外）		病期診断	転移/再発診断	治療効果判定	原発巣検索
	肺癌・乳癌・大腸癌・頭頸部癌	□	□		
	膵臓癌	□	□		
	悪性リンパ腫	□	□	□	
	転移性肝癌				□
	原発不明癌				□
	上記以外の悪性腫瘍（早期胃癌を除く）	□	□		

悪性腫瘍確定診断の方法	□　病理検査　（　確定診断日　　年　　月　　日　）
	□　臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断

検査等実施状況		無	有	
	３ヵ月以内のＣＴの実施	□	□	実施日　　年　　月　　日
	３ヵ月以内のＭＲＩの実施	□	□	実施日　　年　　月　　日
	超音波検査の実施	□	□	実施日　　年　　月　　日
	腫瘍マーカーの実施	□	□	実施日　　年　　月　　日 検査値：

※	ガリウムシンチの実施	□無 □有（実施日　　年　　月　　日）　→左記の翌月以降に、PET-CTの予約を調整させていただく場合があります。

経過 検査目的 （別紙でも可）	（手術歴や放射線治療歴、化学療法やG-CSFの使用歴に関しては時期・内容を詳しくご記入ください）

●下記事項をチェック・記載をお願いします。記載内容に従い、輸液の管理及び、糖尿病の方への休薬の指示をお願いします。

感染症	□ なし □ あり（　　）	閉所恐怖症	□ なし □ あり
移動方法	□ 独歩 □ 車いす □ ストレッチャー	輸液	□ なし □ あり　**→糖の入った輸液は検査6時間前から中止**
バリウム検査歴	PET-CT検査前2週以内の実施（予定含む） □ なし □ あり（原則検査不可）	糖尿病	□ なし □ あり　**→検査6時間前から糖尿病薬、ｲﾝｽﾘﾝの休薬** **→空腹時血糖＿＿＿＿＿mg/dℓ**
		500mlの水分負荷	□ 可能 □ 不可

（豊川市民病院）

PET-CT検査依頼書（心サルコイドーシス用）

記載日：令和　　年　　月　　日

患者氏名		生年月日	年　月　日	性別	男 ・ 女
病名		身長・体重	cm		kg

受入条件（右記4項目を満たす必要があります。）	糖尿病	□ 糖尿病なし	※絶食期間が19時間30分と長くなるため、糖尿病患者に対して検査を行っておりません
	バリウム検査	□ ２週間以内の実施、及び、近日中の実施予定無し	※PET-CT実施の２週間以内にバリウム検査を実施した場合、PET-CTの実施不可
	健康保険適用要件	□ 心サルコイドーシスの診断が確定している □ 心サルコイドーシスの病変分布（重症度）を評価するためにPET-CTを行う	

ガリウムシンチの実施	□無 □有（実施日　　年　　月　　日） →左記の翌月以降に、PET-CTの予約を調整させていただく場合があります。

経過 検査目的 （別紙でも可）	

●下記事項をチェック・記載をお願いします。輸液の投与については十分にご留意ください。

感染症	□ なし □ あり（　　）	閉所恐怖症	□ なし □ あり
移動方法	□ 独歩 □ 車いす □ ストレッチャー	輸液	□ なし □ あり　**→糖の入った輸液は検査6時間前から中止**
		500mlの水分負荷	□ 可能 □ 不可

（豊川市民病院）

（別紙７）

入院時に準備していただく物

◎リストを参考に必要な物をご準備ください。

◎持ち物に氏名をご記入ください。

チェック	物　品　名	
■紹介状など		
	紹介患者受診依頼票（紹介状）	来院時、２階の「３紹介受付」へお出し下さい
	検査データ、レントゲン　など	
■保険証など		
	健康保険証	
	各種公費医療証（お持ちの方のみ）	
	限度額適用認定証（認定を受けている方のみ）	
■お薬に関するもの		
	服用中の薬	
	服用中の薬の説明書	
	お薬手帳	
■衣類など		
	寝衣（パジャマ等）	
	下着類	
■日用品など		
	歯ブラシ、歯磨き粉	
	石鹸、シャンプー、リンス	
	電気髭そり、爪切り	
	洗面器、うがい用コップ、義歯入れ	
■食事道具など		
	はし、スプーン、フォーク	
	プラスチック等のコップ、ストロー	

※入院時に準備していただく物のうち衣類、日用品については「入院セットレンタル」を利用することができます。

（豊川市民病院）

（別紙８）

豊川市民病院　セカンドオピニオン外来申込書

令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年　月　日
患者氏名	（男　女）		
ご住所 連絡先	〒 電話　　－　　－		
外来に出席する相談者	□患者本人　または　患者本人と家族等 □家族等のみ　……下の太線内もご記入ください		

【注意】１この欄は、セカンドオピニオン外来へ患者さん本人が出席しない場合に記載してください。
２相談者が複数いる場合、代表の方をご記入ください。
３代理でセカンドオピニオン外来を受診できる方は、「セカンドオピニオン外来代理受診同意書」（別紙）に記載された方に限ります。また、その同意書は、セカンドオピニオン外来の当日、当院に提出していただく必要があります。

ふりがな		患者さんとの関係	
相談者氏　名			
ご住所 連絡先	〒 電話　　－　　－		

●相談内容等

病　名	□胃がん　□大腸がん　□肝がん　□乳がん　□肺がん 手術の内容や方法に関する相談を含む場合はチェックしてください→□
具的な相談内容	
予約希望日	**都合の悪い日・時間などがある場合は、必ずご記入ください。**

●受診中の医療機関（紹介状の作成をお願いします。検査結果や画像データも必ず添付してください。）

医療機関名	
診療科・担当医師	
連絡先	電　話　　－　　－　　（内線や部署名　　） ＦＡＸ　　－　　－ ※他院の予約手続きを専門に行う部署がある場合は、その連絡先をご記入ください。

（別紙９）

セカンドオピニオン外来代理受診同意書

豊川市民病院長　様

令和　　年　　月　　日

私は、下記の者が、私の病状に関し、豊川市民病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意します。

（患者本人）
住　　所
氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

記

相談者（本人に代わりセカンドオピニオンを求める者）

ふりがな
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係　＿＿＿＿＿

ふりがな
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係　＿＿＿＿＿

ふりがな
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係　＿＿＿＿＿

注１　セカンドオピニオン外来の当日、相談者は全員、身分を証明できるもの（運転免許証や健康保険証）をご持参ください。
注２　同意書に記載の無い方は、セカンドオピニオン外来に参加できません。