

【セカンドオピニオン申込みから相談のながれ】

①ご相談者（患者様またはご家族様）

- 医療機関へセカンドオピニオンの希望を申し出てください
(患者様やご家族様から直接の申し込みはお受けできません)

②現在治療を受けている医療機関の主治医

- [申込書（様式1）](#)と診療情報提供書をFAXしてください

③中東遠総合医療センター 地域連携室

FAX：0537-28-8926 電話：0537-28-8021
〒436-8555 静岡県掛川市菖蒲ヶ池1番地の1

- 担当医と日程調整して、日時が決まったら予約通知書をFAXします

④現在治療を受けている医療機関の主治医

- 予約通知書はご相談者様にお渡しください
- [申込書（様式1）](#) 原本、診療情報提供書、検査データ、CD-R等は相談日の一週間前までに地域連携室へ郵送をお願いします

⑤ご相談者（患者様またはご家族様）

- 受診当日は予約時間の15分前に8番 地域連携室へお越しください
- 予約通知書、患者様本人の保険証をお持ちください
- 家族のみでの相談は、相談者様の身分証明（免許証、保険証等）をお持ちください

⑥中東遠総合医療センター地域連携室

- 受付後、ご案内します

⑦セカンドオピニオン担当医と相談

⑧お会計

- 報告書は主治医の先生に郵送します

⑨現在治療を受けている医療機関の主治医

- 主治医の先生と今後の治療について、ご相談ください