

セカンドオピニオン申込書

大阪国際がんセンター病院長 様

申込日 年 月 日

以下の点を同意しセカンドオピニオンを申し込みます(□内にチェックを入れてください)

- 医療過誤や裁判係争中の相談を目的にしている方は対象とならないことを了解しています
- 転医・転院目的の相談ではないことを了解しています
- 現在受診中の医療機関の医師の診断・治療方法を裁定(ジャッジ)するものではないことを了解しています
- 本制度は、健康保険等の対象とはならず、1回(45分以内)21,600円を医師所見料として支払うことを了承します

※下記の太枠内をご記入ください。

申込者	フリガナ	電話番号	自宅	病院記入欄	
	氏名		携帯		申込時 受理者
住所	〒		患者本人・家族(続柄) その他()	担当診療科	
↓面談日などの調整を行う際にご連絡する連絡者と電話番号を優先順位でご記入ください				科	
①氏名()	②氏名()	③氏名()		診断名	
続柄()	続柄()	続柄()			
電話番号	電話番号	電話番号		担当医師名	
連絡可能な時間帯	連絡可能な時間帯	連絡可能な時間帯		医師	
患者氏名	フリガナ	男 □ 女 □	生年月日(満年齢) 大正・昭和・平成 年 月 日(歳)	医師面談候補日時	
現住所	〒			① / : ② / : ③ / :	
電話番号	自宅		携帯電話	面談予約日時	
現在の診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		医療機関名	年 月 日 時 分~	
当日面談予定者	患者本人の面談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		面談者合計人数 名	面談者への連絡	
現在の生活状況	PS		評価者: <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日 担当者	
相談内容(要点を簡単に記入してください)				面談当日	
				<input type="checkbox"/> 会計案内 <input type="checkbox"/> 患者本人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 面談者身分証明書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 面談者リスト 確認者/	
面談日の調整にあたりご都合の悪い日をご記入ください				備考	
				<input type="checkbox"/> 資料は病院間取寄せ可	
資料	面談申込	当日資料返却	CXL時資料返却	患者病理検査希望	
	日付	月 日	月 日	月 日	有 ・ 無
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病理検査提出日
	画像CD・DVD	<input type="checkbox"/> (枚)	<input type="checkbox"/> (枚)	<input type="checkbox"/> (枚)	年 月 日
	病理標本	<input type="checkbox"/> (枚)	<input type="checkbox"/> (枚)	<input type="checkbox"/> (枚)	提出者/ 病理回収日
その他	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	年 月 日 回収者/	
				医師からのコメント	