

# 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

※下記の太枠内をご記入ください。

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)

- 医療訴訟を目的にしている方は対象とならないことを了承しています
- 転医・転院目的の相談ではないことを了承しています
- 医師の診断・治療法を裁定するものではなく、治療法の選択及び最終判断は、患者様本人又は家族が行うことを了承しています
- 本制度は、健康保険等の対象とはならず、1回(45分以内)22,000円を医師所見料として支払うことを了承します
- 患者への病名・病状告知は済んでいます

申込者	フリガナ	電話番号	自宅	病院記入欄
	氏名		携帯	
住所	〒		患者本人・家族(続柄 ) その他( )	申込時 受理者

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

①氏名( ) 続柄( ) 電話番号	②氏名( ) 続柄( ) 電話番号	③氏名( ) 続柄( ) 電話番号	担当診療科
			科
			診断名
			担当医師名
			医師

患者氏名	フリガナ	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日(満年齢) 西暦 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)

面談日の調整にあたりご都合の悪い日をご記入ください				患者病理検査希望
				有 ・ 無
				病理検査提出日
				年 月 日
				提出者/
				病理回収日
				年 月 日
				回収者/
				備考
				<input type="checkbox"/> 資料は病院間取り寄せ可
				医師からのコメント

資料	面談申込	当日資料返却	CXL時資料返却
	日付	月 日	月 日
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像CD・DVD	<input type="checkbox"/> ( 枚)	<input type="checkbox"/> ( 枚)
	病理標本	<input type="checkbox"/> ( 枚)	<input type="checkbox"/> ( 枚)
その他	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )