

セカンドオピニオン申込書 (患者記入用)

<様式 1>

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。

以下の点に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、治療法の参考とさせていただきます
- ☐ 健康保険等の対象とはならず、1回(45分以内)26,800円(税別)の費用がかかります
- ☐ 患者への病名・病状告知は済んでいます

内容を確認し、チェックを入れてください。

※この5点に同意いただけない場合は、セカンドオピニオンにお申し込みいただけません。

申込者	氏名	フリガナ		当院記入欄
	患者本人・家族(続柄)	)		
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				申込時 受理者
①氏名() 続柄() 電話番号()				担当診療科
②氏名() 続柄() 電話番号()				科
面談日の調整などで連絡させていただき方のお名前等をご記入ください。				診断名
患者氏名	フリガナ	男 女	西暦 年 月 日 (歳)	担当医師名
住所	〒			医師面談候補日時
電話番号	自宅	携帯		① / :
現在の診療状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中	医療機関名		② / :
現在の生活状況	PS	評価者: ☐ 患者本人 ☐ その他		③ / :
当日面談予定者	患者本人の面談 ☐ 有 ☐ 無			
相談内容(番号に○を付け、具体的な内容を記入してください)	1.どの治療を選ぶか相談したい 2.現在の治療法以外の方法がないか 3.提示されている治療でよいか相談したい 4.その他()			
質問項目				
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				病理検査の希望
☐ 都合の悪い日はない				有 ・ 無
申込日より2週間以内で都合の悪い日時をご記入ください。				☐ セカンド担当医が必要と判断されれば検査希望

患者様の現在の生活状況に近いものを下記より選んでいただき、その番号をご記入ください。

PS 0: 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発症前と同等にふるまえる。

PS 1: 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行や軽労働はできる

PS 2: 歩行や身の回りのことはできるが、少し介助がいることもある。

日中の50%以上は起居している。

PS : 3 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいる。

☐ 同意書

☐ 面談者リスト

確認者/

備考

☐ 資料は病院間取り寄せ可

資料	面談申込	当日資料返却	病理検査希望
	日付	月 日	月 日
	申込者身分証コピー	☐	
	代理申込同意書	☐	
	診療情報提供書	☐	
	画像CD・DVD	☐ (枚)	☐ (枚)
	病理標本	☐ (枚)	☐ (枚)
その他()	☐	☐	

病理プレパラートを持参(郵送)され、病理検査を希望される場合「有」をご記入ください。

組織: 枚 細胞: 枚
回収者/

医師からのコメント