

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
- ☐ 健康保険等の対象とはならず、1回(45分以内) 26,400円(税込)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

オンラインセカンドの希望

有・無

申込者	氏名	フリガナ	電話番号	自宅 携帯
	患者本人・家族(続柄) () ・その他()			
	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				

患者氏名	フリガナ	男 □ 女 □	生年月日(満年齢) 西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
現在の診療状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中		医療機関名
現在の生活状況	PS 評価者: ☐ 患者本人 ☐ その他		
当日面談予定者	患者本人の面談 ☐ 有 ☐ 無	面談者合計人数 名	
相談内容(番号に○を付け、具体的な質問内容を下記にご記載ください)			
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相談したい			
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
			☐ セカンド担当医が必要と判断すれば検査希望

当院記入欄
申込時 受理者
担当診療科
科
診断名
担当医師名
医師面談候補日時
① / :
② / :
③ / :
面談予約日時
年 月 日
時 分
予約日時の連絡
年 月 日
担当者
面談当日
☐ 会計案内
☐ 患者本人の身分証明書
☐ 面談者身分証明書
☐ 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
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	病理検査提出日
	日付	月 日	月 日	年 月 日
	申込者身分証コピー	☐		組織: 枚 細胞: 枚
	代理申込同意書	☐		提出者/
	診療情報提供書	☐		病理標本回収日
	画像CD・DVD	☐ (枚)	☐ (枚)	☐ (枚)
	病理標本	☐ (枚)	☐ (枚)	☐ (枚)
その他()	☐	☐	☐	組織: 枚 細胞: 枚 回収者/