

オンライン・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

※下記の太枠内をすべてご記入ください。

以下の点に同意しセカンドオピニオンを申し込みます(必ず内容を確認し、同意の上で☑を入れてください)

患者への病名・病状告知は済んでいます

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ありません

健康保険等の対象とはならず、1回(30分)の相談を承知し、費用はご負担ください

医療訴訟を目的にしている方、亡くなられた方の相談は対象ではないことを了承しています

※すべての項目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。

※オンライン・セカンドオピニオンの対応診療科・対象疾患はホームページをご確認ください

申込者 氏名	フリガナ	患者との関係	当センター記入欄
		本人・家族(続柄)	

面談日などの調整を行う際の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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日(満年齢)		
			西暦	年	月
住所	〒				
電話番号	自宅:	携帯:			
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:		
現在の生活状況	PS (パフォーマンス ステータス) 0・1・2・3・4				
当日面談予定者	患者本人の面談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人数 名				

診断名
診療科
担当医師名
医師面談候補日時
① / :
② / :
③ / :
医師からのコメント

相談目的(該当する番号に○を付け、具体的に相談したい内容を記入してください)

- どの治療を選ぶか相談したい
- 現在の治療法以外の方法がないか
- 提示されている治療でよいか相談したい
- その他()

質問内容

面談日の調整にあたりご都合の悪い日を記載してください

都合の悪い日はない

患者さん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、該当する番号に○を付けてください。

PS 0: まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。

PS 1: 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。(例: 軽い家事、事務作業)

PS 2: 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。

PS 3: 限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。

PS 4: まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

相談日時の指定がある場合、都合の悪い日が多い場合は、ご希望に添えない可能性や日程調整に時間がかかる可能性があります。都合の悪い日がない場合は☑を入れてください。

資料	面談者リスト	<input type="checkbox"/>	同意書	<input type="checkbox"/>
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>	コスト請求	<input type="checkbox"/>
	画像データ(CD・DVD)	<input type="checkbox"/> (枚)	情報提供用紙の郵送	<input type="checkbox"/>
	病理標本	<input type="checkbox"/> (枚)	領収書作成依頼	<input type="checkbox"/>
	その他()	<input type="checkbox"/>	確認者:	

予約取得確認

確認者:

備考

資料は病院間取り寄せ可