

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) 31,000円 (税込) を医師所見料として支払うことを了承します

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とならないことを了承しています

※オンラインによるセカンドオピニオンをご希望の場合はオンライン・セカンドオピニオン用の申込書をご利用ください

申込者 氏名	フリガナ	患者との関係
		本人・家族(続柄)

当センター記入欄
受付担当者:

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:

診断名
診療科

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
住所	〒			
電話番号	自宅:	携帯:		
言語	母国語:	語	医療通訳者の希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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	面談者合計人数 名		

担当医師名
病理標本の再レビュー
<input type="checkbox"/> 要⇒病理依頼箋発行 <input type="checkbox"/> 不要
医師面談候補日時
① / :
② / :
③ / :

相談目的(該当する番号に○を付け、具体的な質問内容を下記にご記載ください)

- 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相談したい
- 提示されている治療でよいか相談したい
- その他()

医師からのコメント

質問内容

年 月 日

時 分

予約日時の連絡

年 月 日

面談予約日時
年 月 日
時 分
予約日時の連絡
年 月 日

病理検査(病理標本の再レビュー)は当センターの医師が必要と判断した場合に実施します
 ※病理検査を実施する場合は別途費用と時間がかかります。前立腺がん・皮膚がんの方は原則必須です。
 医師の判断で実施することに 同意します ・ 同意しません

担当者:
備考
<input type="checkbox"/> 資料は病院間取り寄せ可

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

都合の悪い日はない

資料	申込者身分証コピー	<input type="checkbox"/>	受付時(月 日)	終了時(月 日)	面談当日確認事項
	代理申込同意書	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 患者の身分証明書
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 面談者の身分証明書
	画像データ(CD・DVD)	<input type="checkbox"/> (枚)		返却 ・ 破棄	<input type="checkbox"/> 面談者リスト
	病理標本	<input type="checkbox"/> (枚)		手渡し ・ 郵送	<input type="checkbox"/> 同意書
	その他()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 会計案内
					確認者:

病理標本提出日
年 月 日
【組織】 枚【細胞】 枚
提出者:
患者連絡: (/)
病理標本回収日
年 月 日
【組織】 枚【細胞】 枚
回収者: