

# 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)	
<input type="checkbox"/> 患者への病名・病状告知は済んでいます	<p>※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。</p>
<input type="checkbox"/> 転医・転院目的の相談ではないことを了承しています	
<input type="checkbox"/> 医師の診断・治療法を裁定するものではありません	
<input type="checkbox"/> 健康保険等の対象とはならず、1回 (45分以内) の相談を行います	
<input type="checkbox"/> 医療訴訟を目的にしている方、亡くなった方の相談は対象とはなりません	

※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	当センター記入欄
		本人・家族(続柄)	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:

フリガナ	男	生年月日(満年齢)	当センター記入欄
	<input type="checkbox"/>	年 月 日	診断名
患者さんの母国語をご記入ください。日本語が母国語でない方は、医療通訳者の希望の有無について☑を入れてください。			診療科
電話番号	携帯:		担当医師名
言語	母国語:	医療通訳者の希望: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病理標本の再レビュー
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:	<input type="checkbox"/> 要⇒病理依頼箋発行 <input type="checkbox"/> 不要
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	医師面談候補日時
当日面談予定者	患者本人の面談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	面談者数 名	① / :

相談目的(該当する番号に○を付け、具体的に)

- 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( )

質問内容

病理検査(病理標本の再レビュー)は当センターにて実施いたします。\*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。医師の判断で実施することにさせていただきます。

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

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。

資料	相談日時	面談当日確認事項	病理標本提出日
	画像データ(CD・DVD)	本人の身分証明書	年 月 日
	病理標本	患者の身分証明書	【組織】 枚 【細胞】 枚
	その他( )	同意書	提出者:
	返却・破棄	患者連絡:	患者連絡: ( / )
	手渡し・郵送	同意書	病理標本回収日
		会計案内	年 月 日
		確認者:	【組織】 枚 【細胞】 枚
			回収者:

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。