

# 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

記入日 年 月 日

※下記の太枠内をすべてご記入ください。対象診療科・対象疾患はホームページをご確認ください。

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
- 紹介元の医療機関の医師と同じ見解、あるいは当センターが提案できる治療法がない可能性があることを了承しています
- 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
- 健康保険等の対象とはならず、1回 (30分以内) 45,320円 (税込) を医師所見料として支払うことを了承します

患者氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日(満年齢)			当センター記入欄
			西暦	年	月	
住所	〒 ( 国籍 : )				診断名	
電話番号	自宅 :		携帯 :			診療科
申込者	フリガナ		電話番号			担当医師名
	本人・家族 (氏名: )		続柄: )			
希望連絡先 (優先順)	① 本人・家族 ( )		続柄: )			医師面談候補日時
	② 本人・家族 ( )		続柄: )			
言語	母国語: 語		医療通訳者の希望: 有 ・ 無			
面談予定者	本人の面談: 有 ・ 無		合計人数 計 名			
医療機関名	通院中 ・ 入院中					
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			
病名						
主治医から提示 されている治療方針	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> その他					
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) 1. どの治療を選ぶか相談したい 2. 提示されている治療でよいか相談したい 3. 提示されている治療法以外の方法がないか相談したい 質問内容						
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						
<input type="checkbox"/> 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	チェックリスト
	代理申込同意書	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 患者の身分証明書	<input type="checkbox"/> CLINICSダウンロード案内
	オンラインセカンド同意書	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 面談者の身分証明書	<input type="checkbox"/> 資料取り扱いの説明
	面談者リスト	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 面談者リスト	<input type="checkbox"/> 予約枠作成
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 患者情報確認
	画像データ(CD・DVD)	<input type="checkbox"/> ( 枚)		返却 ・ 破棄	<input type="checkbox"/> コスト請求	<input type="checkbox"/> 予約取得確認
	病理標本	<input type="checkbox"/> ( 枚)		手渡し ・ 郵送	<input type="checkbox"/> 情報提供用紙の郵送	<input type="checkbox"/> 配信テスト
				<input type="checkbox"/> 領収書作成依頼		
				確認者:	確認者:	