

**記入例** 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
- 紹介元の医療機関の医師と同じ見解、あるいは当
- 医療訴訟を目的にしている方、亡くなられた方の相
- 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

※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

患者氏名	フリガナ トキ マモル 時刻 守	男 女	生年月日(満年齢) 西暦 19〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇 歳)	当センター記入欄 受付担当者:
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市〇〇-〇〇 (国籍: 日本)			診断名
電話番号	自宅: 〇〇-0000-0000	携帯: 000-0000-0000		診療科
申込者	フリガナ トキ ミツ 本人・家族 (氏名: 時刻 三十 続柄: 妻)	電話番号 000-0000-0000		担当医師名
希望連絡先 (優先順)	① 本人・家族 (続柄: )	00-0000-0000		医師面談候補日時
	② 本人・家族 (時刻 三十 続柄: 妻)	000-0000-0000		① / : ② / : ③ / :
言語	母国語: 日本 語 医療通訳者の希望: 有・無			連絡事項
面談予定者	本人の面談: 有・無	合計人数 計 3 名		
医療機関名	〇〇〇〇〇病院 (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	〇〇癌			
主治医から提示されている治療方針	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線			
相談目的(該当する番号に○を)	1. どの治療を選ぶか相談した ② 提示されている治療でよい 3. 提示されている治療法以外 質問内容			
	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。			
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 checked="" type="checkbox"/> 都合の悪い日はない			備考 <input type="checkbox"/> 資料は病院間取り寄せ可

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。

資料	申込者身分				
	代理申込同意書	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 面談者の身分証明書	<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"/> 面談者リスト	<input type="checkbox"/> 資料取り扱いの説明
	面談者リスト	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 予約枠作成
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> コスト請求	<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"/> 情報提供用紙の郵送	<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"/> 領収書作成依頼	<input type="checkbox"/> 配信テスト	
			確認者:	確認者:	