

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。

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（45分以内）46,200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）								
			西暦	年	月	日					
住所	〒 (国籍 :)										
電話番号	自宅 :		携帯 :								
申込者	フリガナ	電話番号									
	本人・家族（氏名 :	続柄 :									
希望連絡先 （優先順）	① 本人・家族（	続柄 :									
	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	☐ 手術 ☐ 放射線治療 ☐ 薬物療法 ☐ 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											
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											
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	☐	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	☐			☐ 患者の身分証明書
	診療情報提供書	☐			☐ 面談者の身分証明書
	画像データ（CD・DVD）	☐ （ 枚 ）	返却	・	破棄
	病理標本	☐ （ 枚 ）	手渡し	・	郵送
					確認者：

当センター記入欄		
受付担当者：		
診断名		
診療科		
担当医師名		
病理標本の再レビュー		
☐ 要⇒病理依頼箋発行 ☐ 不要		
医師面談候補日時		
月	日	
月	日	
月	日	
連絡事項		
面談予約日時		
年	月	日
時 分		
予約日時の連絡		
年	月	日
担当者：		
備 考		
☐ 資料は病院間取り寄せ可		
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：		