

※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ありません☒ 紹介元の医療機関の医師と同じ見解、あるいは☒ 医療訴訟を目的にしている方、亡くなられた☒ 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

※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 男	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
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市〇〇-〇〇 (国籍 : 日本)			受付担当者:
電話番号	自宅 : 00-0000-0000 携帯 : 000-0000-0000			診断名
申込者	フリガナ トキ シズコ 本人・家族 (氏名: 時刻 四十五 続柄: 妻)	電話番号 000-0000-0000		診療科
希望連絡先 (優先順)	① 本人・家族 (続柄:) 00-0000-0000 ② 本人・家族 (時刻 四十五 続柄: 妻) 000-0000-0000		担当医師名	
言語	母国語: 日本 語 医療通訳者の希望: 有・無 無			病理標本の再レビュー ☐ 要⇒病理依頼箋発行 ☐ 不要
面談予定者	本人の面談: 有・無 合計人数 計 3 名			医師面談候補日時 ① 月 日 : ② 月 日 : ③ 月 日 :
医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院 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	☒ 手術 ☐ 化学療法			
相談目的(該当する番号に○) 1. どの治療を選ぶか相談 2. 提示されている治療でよいのか 3. 提示されている治療法について 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。			
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	年 月 日 担当者: 備考 ☐ 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	病理標本提出日 年 月 日 【組織】 枚【細胞】 枚 提出者: 患者連絡: (/)			
資料 申込者身分証明書 代理申込書 診療情報提供書 画像データ(CD・DVD) 病理標本	返却・破棄 手渡し・郵送 同意書 会計案内 確認者: 年 月 日 【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。