

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)			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 :				病理標本の再レビュー	
	② 本人・家族 (続柄 :					
言語	母国語:	語	医療通訳者の希望: 有 ・ 無		医師面談候補日時	
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				① / :	
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			② / :	
病名					③ / :	
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				連絡事項	
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						
					面談予約日時	
					年 月 日	
					時 分	
					予約日時の連絡	
					年 月 日	
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 <input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません					担当者:	
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					備考	
					<input type="checkbox"/> 資料は病院間取り寄せ可	
					病理標本提出日	
					年 月 日	

資料	項目	受付時(月 日)	終了時(月 日)	面談当日確認事項
		申込者身分証コピー	<input type="checkbox"/>	
	代理申込同意書	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 面談者の身分証明書
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 面談者リスト
	画像データ(CD・DVD)	<input type="checkbox"/> (枚)	返却 ・ 破棄	<input type="checkbox"/> 同意書
	病理標本	<input type="checkbox"/> (枚)	手渡し ・ 郵送	<input type="checkbox"/> 会計案内
				確認者:

提出者: 【組織】 枚【細胞】 枚

患者連絡: (/)

病理標本回収日

年 月 日

回収者: 【組織】 枚【細胞】 枚