

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 (歳)
住所	〒 (国籍 :)		
電話番号	自宅 :	携帯 :	
申込者	フリガナ 本人・家族(氏名: 続柄:)	電話番号	
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	☐ 面談者リスト
	病理標本	☐ (枚)	手渡し	郵送	☐ 同意書
					☐ 会計案内
					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: