

セカンドオピニオン申込書

(フリガナ) 患者氏名		性別		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	
		男	女						()
住所	〒					電話	()		
						携帯			
						FAX	()		
(フリガナ) 来院相談者氏名		性別		患者との続柄	相談者(3人前後でお願いします)				
		男	女			総来院人数 () 人			
住所	〒					電話	()		
						携帯			
						FAX	()		
現在の病名	# 1					連絡先 送付先 上記以外	患者本人 ・ 相談者		
	# 2								
	# 3								
希望診療科	(医師の判断により診療科が変更となる場合があります)				希望医師名	(都合により希望に添えない場合があります)			

(1)セカンドオピニオンの目的(治療方針・手術適応・手術方法等)

(2)今までの治療経過

(3)患者様の現在の状況 当日来院 する・しない 入院中 通院中 在宅

病名: 知っている() 知らない

歩行: 1人で歩ける 介助が必要() 寝たきり

食事: 普通に食べられる 少し食べられる 食べられない

その他: _____

(4)診療情報として用意できる資料等

診療情報提供書

検査データ ()

画像診断フィルム() CDR)

その他()

(5)現在の入院先又は通院先

住所 〒 _____

_____ 診療科名 _____ 主治医名

病院名 _____

電話 () _____

【 セカンドオピニオンについて 】

セカンドオピニオンとは、治療・診断に関する当院の医師の意見・判断を聞くことにより、患者さんご自身が治療方法を決定するのに役立てていただくものです

そのため、当院では検査・治療は行わず、患者さんに資料をお持ちいただき意見を申し上げます

患者さんからのお話、現在の主治医からの情報提供の範囲での判断になります

【 対 象 者 】

- ・ 患者さん本人あるいは患者さんの同意を得た方(代理人)
(代理人だけの場合委任状が必要となります ご自分で記入できない場合はご相談ください)

【 セカンドオピニオンをお受けできない場合 】

- ・ 患者さん本人が同意していない場合
- ・ ご相談者が代理人だけの場合、患者さんが未成年者の場合等で、身分、ご本人との続柄を示す書類をお持ちできない場合
- ・ 主治医に対する不満、転院希望、医療過誤、医療訴訟、裁判係争中に関する相談
- ・ 亡くなられた患者さんを対象とする相談
- ・ 治療後の良し悪しの判断を目的とする場合
- ・ 最初から転院を希望している場合
- ・ 主治医が了解していない場合
- ・ 当院から指定された相談に必要な資料(診療情報提供書、検査資料等)をお持ちでない場合
- ・ 相談内容が当院の専門外である場合
- ・ 予約外の場合

【 セカンドオピニオン外来の相談日 】

- ・ 担当医師と相談のうえ、相談日時を決定しご連絡いたします(決定までは2～3日程度、予約票がお手元に届くまではもう少しお時間をいただきます)
- ・ 資料は、必要に応じて事前に当院に届けていただく場合があります

【 相談時間と費用 】

1回目	最初の1時間	16,500 円
	延長加算 30分毎	8,250 円
2回目	最初の1時間	11,000 円
	延長加算 30分毎	5,500 円

旭川医科大学病院長 殿

セカンドオピニオンの趣旨を理解し、上記に同意し申込みます。

令和 年 月 日

患者氏名

(来院相談者氏名)

印

(患者氏名)

申込者が来院相談者の場合記入してください