

セカンドオピニオン外来 申込書（患者記入用）

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター院長 殿

申込日 年 月 日

確認して、□の中にチェック（シ）を入れてください。

- 主治医に対する不満や苦情のためのものでないこと
- 医療訴訟目的で使用しないこと
- 検査や治療ではなく専門医の意見や判断の提供であること
- 主治医に説明内容を返書すること
- 相談時間は原則として60分以内（資料確認時間、返書記載時間を含む）であること
- 自由診療料金として所定の金額（60分一律20,000円・税抜）を支払うこと
- その他「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容

私は、以上の項目について同意し、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

年 月 日 署名（申込者）

印

【患者情報】

ふりがな	男	生年月日	S				
氏名	女	H	年	月	日	歳	
病名		R					
医療機関名	入院中	住所 〒	-				
	通院中	電話					
主治医		FAX					
医師	科	当センターへの通院歴					
		あり（ID：		・不明）	・なし		

【申込者】 ※患者本人以外が申込者の場合のみ記載

ふりがな	続柄	電話					
氏名	()	FAX					
住所 〒	-						

【相談内容（お聞きになりたいこと）】

1. どの治療を選ぶか相談したい
2. 現在の治療法以外の方法がないか相談したい。
3. 提示されている治療でよいか相談したい
4. その他 ()

【質問事項】 ※箇条書きでも、別の用紙に書き込んで添付してもらっても結構です。

【当日の来院予定者】

本人のみ ・ 患者本人と家族 ・ 相談者のみ ・ 患者本人と相談者

【提出する情報】 ※不足する資料は病院間で取り寄せしてもいいですか □ はい

- 診療情報提供書（必須）
- 検査結果
- 画像データ
- その他 ()
- 住民票及び本人確認書類のコピー（患者本人が来院しない場合）

【日程】

面談日の調整にあたり、2～3週間以内で都合が悪い日はありますか？

() 都合の悪い日はない

委任状

※申込者が患者本人以外の場合、または患者本人が来院しない場合のみ記載

私は、 _____ に対して、
上記病名についてのセカンドオピニオン外来受診にかかる一切の権限を委任します。

年 月 日 署名（患者本人） _____ 印