

## 湘南藤沢徳洲会病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私の症状についての診断の内容や、現状及び今後の治療方針などに関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、湘南藤沢徳洲会病院に申込み致します。

- \* 「湘南藤沢徳洲会病院セカンドオピニオン外来の案内」の記載事項
- \* 裁判の目的に使用しないこと
- \* 自由診療料金として、定められた金額の支払い

平成 年 月 日

患者本人署名・捺印 \_\_\_\_\_ 印

本人以外の場合の相談者署名 \_\_\_\_\_ 印

太枠内をご記入ください

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
希望診断科 医師	診療科名: _____ 科 / 医師名: _____
患者氏名	ふりがな _____
	氏名 _____ (男・女)
生年月日	明治 大正 昭和 平成      年      月      日生      歳
患者連絡先	住所: _____
	TEL: ① _____ ② _____
相談者氏名	ふりがな _____
	氏名 _____ (患者との続柄: _____)
相談者連絡先	住所: _____
	TEL: _____
主治医の医療機関	病院・診療所名: _____
	住所: _____
	TEL: _____
	診療科名: _____ 科 / 医師名: _____

病院記入欄

相談の可否	可 ・ 否 (否の場合、理由を相談者へご連絡します)	
相談予定日	第1候補	年 月 日( ) 時
	第2候補	年 月 日( ) 時
申込書受理日	連絡日時	決定日時
備考		

# 湘南藤沢徳洲会病院 セカンドオピニオン外来 相談同意(委任)書 兼 誓約書

湘南藤沢徳洲会病院 病院長殿

私、\_\_\_\_\_は、以下の者が私の代理人として、湘南藤沢徳洲会病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。また、セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人がセカンドオピニオンに必要な私の個人情報などを湘南藤沢徳洲会病院の医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を湘南藤沢徳洲会病院の医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについてもあわせて同意致します。

尚、この受診に関して、今後起こりうる一切のトラブルに対し、病院側に責任を問うことは絶対でない事を誓約致します。

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印

平成 年 月 日

患者本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印

生年月日

(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生

\*本人直筆でご記入下さい。代筆の場合は理由をお書き下さい。

\*代理人は、家族である事を証明できるもの(運転免許証・保険証等)をご持参ください。

【代筆理由】

---

---

---

---

---

---

---

# セカンドオピニオン外来 相談シート

(主治医による記入は必要ありません)

A. 患者氏名		ふりがな  ( 歳) 男・女
B. 相談の目的 (該当する番号に○)		1. 外科的治療法と内科的治療法の選択を迷っている 2. 手術(入院にて)など受けるように勧められている 3. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい 4. その他(下記に記入) ----- -----
C. 持参できる資料 (☆印は必須) (該当する番号に○)		☆診療情報提供書(紹介状) 1. 血液検査記録 2. 生理学検査の結果(心電図・呼吸機能・脳波など) 3. レントゲンフィルム 4. 超音波検査の画像と結果レポート 5. 病理検査報告書 6. CT・MRI・RI検査のフィルムと読影レポート(1.フィルム 2.CD-R) 7. その他( )
D. 現在の状況 (該当する番号に○)		入通院: 1. 入院中 2. 通院中 治療: 1. 治療前 2. 治療中 3. 経過観察中
これまでの経過	E1. いつ、何と診断されたか	発病または診断の時期 (昭和・平成 年 月ごろ) 病名: がんの場合: 病期 病理診断名 告知: 済・未
	E2. これまでに受けた検査 (上記C以外で)	
	E3. これまでに受けた治療 (該当者のみ)	
F. 質問したい事(箇条書き)		
G. 主治医の意見 (主治医の勧める治療法とその理由)		----- ----- -----