

セカンドオピニオン外来申込書

患者さんに関する事項

 本人・家族からのお申込み 医療機関からのお申込み

フリガナ 氏名			性別	生年月日
			男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒 -			電話番号(自宅・携帯) () -
当院診察券	<input type="checkbox"/> 持っている (患者番号) <input type="checkbox"/> 持っていない ※いずれかにシを付けてください。			

相談者に関する事項

フリガナ 氏名			患者さんとの関係
電話番号	() -		
来院される方	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ		
相談希望日時	第1希望	月 日	(曜日) 午前・午後
	第2希望	月 日	(曜日) 午前・午後
	第3希望	月 日	(曜日) 午前・午後
ご都合の悪い日があれば記載してください			

相談内容に関する事項

病名または症状(現状を分かる範囲内で記載してください)
受診中の医療機関(病院名)、診察科、担当医氏名 ※医師の了解を得ていることが前提となります
現在までの経過や相談事項(セカンドオピニオンの目的)を具体的に記載してください。
相談希望の診療科(特に希望が無い場合はこちらで判断させていただきます)

セカンドオピニオンに関する確認票

患者さんのお名前 _____

次の各事項に該当するかどうかをお答え願います。
(「はい」または「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。)

1. 訴訟等に関連する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
2. 医療事故など、過去の治療の妥当性に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
3. 労災や交通事故などに起因する疾患に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
4. 当院での治療や入院を前提とする相談ですか？	(はい ・ いいえ)
5. 他の医療機関の紹介等を求める相談ですか？	(はい ・ いいえ)
6. 主治医から当院宛の紹介状をお持ちいただけますか？	(はい ・ いいえ)
7. 患者さんご本人が来院されますか？	(はい ・ いいえ)
(7. で「いいえ」を選ばれた方のみ)	
8. 患者さんご本人の同意書をお持ちいただけますか？	(はい ・ いいえ)

※セカンドオピニオン外来申込書と一緒にご提出願います。

セカンドオピニオン外来相談同意書

私は、貴院担当医師がこの同意書を持参した下記の者に対し、私の疾患に関する診断内容や今後の治療方針等について意見や判断を述べ、私の主治医宛に文書で報告することに同意します。

年 月 日

住所

生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

患者さんの氏名

《同意を与えたご家族》

住所

生年月日(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

ご家族の氏名

患者さんとの続柄

富山県済生会富山病院長 殿

※相談者は、身分を証明できるもの(健康保険証等)を必ず持参してください。