大和徳洲会病院セカンドオピニオン外来　申込書

私の病状についての診断の内容や、現状及び今後の治療方法等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、大和徳洲会病院に申し込み致します。

＊「大和徳洲会病院セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
＊ 裁判の目的に使用しないこと
＊ 自由診療のため、定められた金額のお支払い

年　　月　　日

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人以外の場合の相談者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

相談者	□　本人　　□　家族(その他)
希望診療科 医師	科　　医師
患者氏名・性別	フリガナ 氏名　　(男 ・ 女)
生年月日(年齢)	明治　大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日　　歳
相談者の連絡先 (本人)	住所 ： TEL ：　(　)　FAX ：　(　) メールアドレス　@
相談者氏名 (本人以外の場合) 連絡先	フリガナ 氏名　　(続柄;　) TEL ：　(　)　FAX ：　(　)
主治医の医療機関 診療科・医師氏名	病院・診療所・他 TEL ：　(　) 科　　先生

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 (担当医師　)		
	第2候補:　年　月　日　時 (担当医師　)		
申込書受理日		連絡日時(担当者)	決定日時(担当者)
備考			

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		フ リ ガ ナ （ 男 ・ 女 ） 明治　大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日　　歳
B:相談の目的 （該当するもの すべてに〇）		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		1. 診療情報提供書（紹介状）　2. 血液検査記録 3. 生理学検査の結果（心電図・呼吸機能・脳波など）　4. レントゲンフィルム 5. 超音波検査の画像と結果レポート　6. 病理検査報告書 7. CT・MRI・RI検査のフィルムと読影レポート （1.フィルム・ 2CD-R） 8. その他（　　）
D:現在の状況		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☆経過	E1:いつ、何と診断されたか	発病又は診断の時期　{昭和・平成・令和　　年　　月頃} 病名 がんの場合　　病期　　病理診断名
	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:主治医の意見 （主治医の勧める 治療法とその理由）		
G:質問したい事 （箇条書きで）		

必ず必要なもの
1.診療情報提供書（主治医より）
2.検査データ・資料

大和徳洲会病院

FAX:046-263-7966

大和徳洲会病院セカンドオピニオン外来 相談同意書

大和徳洲会病院院長　殿

私、　　は、以下の者が、私の代理人として、大和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。
又、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個人の診療情報等を大和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大和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 わせて同意します。

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

本人　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人が相談者の場合、この相談同意書は不要です）