相談者様用チェック項目

*以下の項目について全てご了承いただけましたら申込書を郵送してください。

主治医にセカンドオピニオンを希望している事を伝えている。
セカンドオピニオン目的の診療情報提供書・画像データ・検査データを用意できる(または依頼できる)
がんの場合告知済みである。
ご本人以外の相談にはご本人の同意書が必要。
費用は相談なので保険適用外:30分まで11,000円(税込)、最長60分まで22,000円(税込)
その後当院での治療を希望する場合は、改めて「治療目的」の診療情報提供書を用意の上、
予約センターで一般外来受診の予約を取る。

以下の場合はセカンドオピニオンをお受けできません。ご了承ください。

- ・事前申込をいただいていない場合
- ・ご本人、ご家族以外からのご相談
- ・ご本人が確認できる書類(健康保険証等)をお持ちでない場合
- ・相談者様が患者様ご本人以外の場合で相談同意書及び相談者の身元が確認できる 書類(健康保険証等)をご持参いただけない場合
- ・死亡した患者様についてのご相談
- ・主治医の了解が得られていない場合
- ・相談に必要な書類、資料等を準備できない場合
- ・医療ミスに関するご相談
- ・当院に相談内容に関する専門医がいない場合

診療科から電話がありましたら、こちらを荷物の表に必ず添付してください。

診療科:	科
セカンドオピニオン資料	在中
キリトリ 級	×

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、現状及び今後の方針などに関するセカンドオピニオンの提供下記事項に同意の上、湘南藤沢徳洲会病院に申し込み致します。

- *「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

西暦	年	月	В

 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	口 本人	Г	□ 家族		
希望診断科 医師	診療科名:		科/医師	币名 ∶	
患者氏名	ふりがな 氏名				
生年月日	西暦	年	月	日生	歳
	〒 −				
患者連絡先	住所:				
	TEL:①		(2	
相談者氏名	ふりがな				
110次省以石					
	〒 -				
相談者連絡先	住所:				
	TEL:①		(2	
	医療機関名:				
主治医の医療機関	住所:				
エカムの心が成民	TEL:				
	診療科名:		科/医師	币名 ∶	

病院記入欄

がいけいロピント作列											
相談の可否	可	•	否				を相談者				
相談予定日		1候袝			年	月	日()	時	分	
	第	2候袝			年	月	日()	時	分	
申込書受理日				年	月	日()				
連絡日時				年	月	日()				
決定日時				年	月	日()				
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) 兼 誓約書

	沢徳洲会派 て同意しま		師がた	弋理人に伝え、	その報告	告書を紹	召介元の≦	主治医に提	供することについ
尚、この受 を、誓約到		て、今後は	起こり	うる一切のトラ	ブルに対	けし。病院	院側に責	任を問うこと	とは絶対にない
		代	理人						
				住所					
				氏名					印
	_	_							
西暦	年	月	日	患者本人					
				住所					
				氏名					印
				生年月日 西暦		年	月	日	
*本人直筆	でご記入く	ださい。代 スニレを記	:筆の ^は	易合は理由をお きるもの(運転気	きょくだる	さい。 №≕で	なごは会	ノゼさい	
↑10年人は	、家族での 】	の ここを買	CPH C	さるもの(建設が	古正正不	陕亚寺/	をこける	\/201°	

湘南藤沢徳洲会病院 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

		ふりがな			
A. 点	悬者氏名		(歳)	男·女
		1.外科的治療法と内科的治療法を迷っている			
		2.手術(入院にて)など受けるよう勧められている			
١.		3.現在の治療法以外の治療法がないか相談したし	,١		
	目談の目的 当する番号に〇)	4.その他(下記に記入)			
		☆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	<u>-</u> ")		
C ‡	寺参できる資料	3.レントゲンフィルム			
(☆	印は必須)	4.超音波検査の画像と結果レポート			
(該:	当する番号に〇)	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			
		□フィルム □CD-R			
		7.その他()			
D.現	 在の状況	入通院: 口入院中 口通院中			
	当する番号に〇)	治療:□治療前 □治療中 □経過観察中			
	E1.いつ、何と診断されたか	発病または診断の時期 (西暦 年		月頃)	
l _		病名:			
これ		がんの場合:病期(Stage) 病理診断名()
ま		告知について:口告知済・ 口未告知			
での	E2.これまでに受けた検査 (上記C以外で)				
経過	E3.これまでに受けた治療 (該当者のみ)				
F.質	問したいこと(箇条書き)				
G.主 (主) 由	治医の意見 台医の勧める治療法とその理				