

腫瘍内科・井岡達也医師セカンドオピニオン外来 相談者様用チェック項目

* 以下の項目すべてに該当・同意いただける方が対象となります。

- がん告知済みです。
- ご家族からの相談には、ご本人の同意書が必要となります。
- 費用は保険適用外です：45分45,000円(税込)、延長30分まで30,000円(税込)

以下の場合に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(マイナ保険証(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(マイナ保険証(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
- ・医療ミスに関するご相談

上記全てにご同意いただけましたら、申込書類(当書式2~4枚目)に必要事項をご記入のうえ
下記までご郵送ください。

書類が届きましたら、診療科受付窓口よりお電話にて予約日時をご案内いたします。

〒251-0041
神奈川県藤沢市辻堂神台1-5-1

湘南藤沢徳洲会病院
地域医療連携室

腫瘍内科セカンドオピニオン申込書類在中

キリトリ✂

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

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ない事を、誓約致します。

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。代筆の場合は理由をお書きください。

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

【代筆理由】

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

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 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 □フィルム □CD-R 7.その他()
D.現在の状況 (該当する番号に○)		入通院: □入院中 □通院中 治療: □治療前 □治療中 □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 (西暦 年 月頃) 病名: がんの病期(Stage) 病理診断名() 告知について: □告知済 ・ □未告知
	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.質問したいこと(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)		