セカンドオピニオン申込書・同意書（面談用）

申込日　　年　　月　　日

大阪市立総合医療センター病院長　様

私は、下記事項に同意し、次の通りセカンドオピニオンを申し込みます。（同意されましたら□にチェックをお願いします）

- □　セカンドオピニオンの趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと
- □　セカンドオピニオン料として、定められた費用（保健適応外）支払うこと
- □　キャンセル時、預けた診察資料（診療情報提供書・画像データ）の取り扱い
  - ・返却必要時：画像データのみ申込者に返却（費用は申込者負担）
  - ・返却不要時：貴病院で破棄

申込者記入欄

申込区分	：患者本人　・　患者家族（間柄：　　）　・　その他（　　）		
住所	〒　　－		
ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先（電話番号）	
署名		①	
面談人数	患者本人来院（有・無）　計　　人	②	

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名		性別	□男　□女
		生年月日	M・T S・H　年　月　日（　歳）
現住所	〒		
連絡先（電話番号）	①	②	
現在の診療状況	□外来通院中　□入院中	病院等の名称	

所見を求めたい内容（できるだけ詳細に記入してください）

⑤提出資料確認欄 （提出していただける物にチェックを入れてください）	□病状説明書（診療情報提供書等）　□CD-ROM（　　）枚		
	□同意書　□患者本人健康保険証コピー　□相談者健康保険証コピー		
	□相談者身分証明書コピー　□その他（　　）		

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
資料受理日
年　月　日
□病状説明書 □CD-ROM □同意書 □患者本人身分証明 □相談者身分証明 □その他
受理者署名
担当診療科名
担当医師名
面談予約日時
年　月　日（　）
時　分～
面談者へ日時報告
年　月　日
担当者名
相談室
当日の来院者
既取得ID
有　・　無
患者ID
ファイル通し番号
備考
・CD-ROM返却枚数 （　　）枚 ・その他返却 （　　）