様式B

セカンドオピニオン申込書・同意書（小児がん・書面によるセカンドオピニオン用）

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）
□書面によるセカンドオピニオンの趣旨を十分理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及び
セカンドオピニオン料として、3,000円（保険適用外）を支払うことに同意し、次の通り書面による
セカンドオピニオンを申し込みます。

※太線枠内は記入しないでください

申込者記入欄

申込区分　：　患者家族（続柄：　　）　・　その他（　　）		
住　所	〒	
フリガナ		連絡先（電話番号）
氏　名		① ②

フリガナ 患　者　氏　名		性　別	□男　□女
		生年月日	S・H　年　月　日（　歳）
現在の診療状況	病院名称		□入院中　□外来通院中

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）

病院記入欄
資料受理日 年　月　日 サイン（　）
資料受取確認報告 年　月　日 サイン（　）
入金確認 年　月　日 サイン（　）
担当診療科名
担当医師名
医師へ依頼 年　月　日 サイン（　）
医師から回答書受理 年　月　日 サイン（　）
依頼者へ郵送報告 年　月　日 サイン（　）
郵送日 年　月　日 サイン（　）
当院受診歴 有　・　無
患者登録番号
ファイル通し番号
備考