様式A

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、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（保険適応外）を支払うこと
- □ 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：総合医療センターで破棄

申込者記入欄

申込区分	： 患者本人 ・ 患者家族（続柄：　　） ・ その他（　　）	
住 所	〒	
ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先（電話番号）
氏　名		①
面談人数	患者本人来院（有･無） 計　　人	②

ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	□男　□女
患　者　氏　名		生年月日	S･H　年　月　日（　歳）
住　所	〒		
連絡先（電話番号）	①	②	
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）

※患者本人の身分証のコピーの添付が必要です

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
担当診療科名
担当医師名
面談日時
年　月　日（　）
時　分～
面談者へ日時報告
年　月　日
サイン（　）
相談室
当院受診歴
有 ・ 無
患者登録番号
ファイル通し番号
備考