

大阪医科薬科大学病院セカンドオピニオン外来問診票

フリガナ		男	生年月日
患者氏名		・	大・昭・ 年 月 日
		女	平・令 (歳)
住 所	〒 -		
	Tel ()		

病名・症状について、どのような説明を受けましたか

当院セカンドオピニオン外来を受診される目的は何ですか？（できるだけ具体的にお書きください）

病名の診断・検査結果の説明・治療の必要性（入院・外来）・日常生活の注意事項・その他

現在の症状について、できるだけ詳しくお書きください。

(患者さんご本人またはご相談者記入用)

セカンドオピニオン同意書

セカンドオピニオンとは、現在の診断・治療に関して主治医以外の意見を提供することが本来の目的ですから、主治医の診療情報提供書が必要です。

また、ご相談内容にかかわる新たな診療行為（投薬・処置・検査等）は行いません。セカンドオピニオン終了後は、原則として紹介元医療機関に戻っていただきます。最初から転医・転院をご希望の場合には、セカンドオピニオン外来の対象にはなりませんので、一般外来を受診してください。

<相談内容>

1. 現在の診断・治療に関する専門医としての意見の提供
2. 今後の治療に関する専門医としての意見の提供

<相談不可能な場合>

1. 患者さん本人が同意していない場合
2. 主治医に対する不満、転院希望、医療訴訟に関する相談
3. セカンドオピニオンではない相談
4. 主治医の診療情報提供書、検査資料等がない場合

<時間>

紹介状を書いていたいただいた主治医の先生への診療情報提供書作成にかかる時間を含め、**1時間以内**です。

<料金>

セカンドオピニオン外来は自由診療で行われます。健康保険は使えませんのでご注意ください。主治医の先生への診療情報提供料を含め、**33,000円(税込)**です。

上記に同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日

患者さん氏名 _____ 印

相談者氏名 _____ 印

患者さんとの続柄 _____