セカンドオピニオン外来　申込書

患者情報	ふりがな 氏　名	性別	生年月日 年　　月　　日（　　歳）
	住所　〒　　－		TEL　　－　　－ FAX　　－　　－
	病名		当センターへの通院歴 あり（ID：　　・不明）・なし
	医療機関名		主治医 医師（　　科）
申込者	※患者本人以外が申込者の場合のみ記載		
	ふりがな 氏　名	続柄	TEL　　－　　－ FAX　　－　　－
	住所　〒　　－		
申込内容	相談内容（お聞きになりたいこと）		
	希望診療科　　科（　　医師）		
	来院予定者　□患者 □申込者・□その他（　　）名		
	持参資料　□診療情報提供書　□検査結果　□画像フイルム又はＣＤ－Ｒ □住民票及び本人確認書類（患者本人が来院しない場合）　□その他（　　）		

市立東大阪医療センター　院長　殿

私は、以下の項目について同意し、以上のとおり申し込みます。

1. 主治医に対する不満や苦情のためのものでないこと
2. 医療訴訟目的で使用しないこと
3. 検査や治療ではなく専門医の意見や判断の提供であること
4. 主治医に説明内容を返書すること
5. 相談時間は原則として 60 分以内（報告書作成時間を含む）であること
6. 自由診療料金として所定の金額（60 分一律 20,000 円・税抜）を支払うこと
7. その他「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容

年　　月　　日　署名（申込者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

委任状	※申込者が患者本人以外の場合又は患者本人が来院しない場合のみ記載
	私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、上記病名についてのセカンドオピニオン外来受診にかかる一切の権限を委任します。 年　　月　　日　署名（患者本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

市立東大阪医療センター がん相談支援センター（06-6783-3466・平日 9:00～16:30 受付）