

湘南鎌倉総合病院セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断の内容や、現状及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、湘南鎌倉総合病院に申し込み致します。

- * 「湘南鎌倉総合病院セカンドオピニオン外来の案内」の記載事項
- * 裁判の目的に使用しないこと
- * 自由診療のため、定められた金額のお支払い

令和 年 月 日

患者本人署名・捺印 _____ 印

本人以外の場合の相談者署名 _____ 印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(その他)		
希望診療科 医師	科 _____ 医師		
患者氏名・性別	フリガナ _____		
	氏名 _____ (男・女)		
生年月日(年齢)	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月 日 歳
相談者の連絡先 (本人)	住所 : _____		
	TEL : _____ () FAX : _____ ()		
	メールアドレス _____ @ _____		
相談者氏名 (本人以外の場合)	フリガナ _____		
	氏名 _____ (続柄;)		
連絡先	TEL : _____ () FAX : _____ ()		
主治医の医療機関	_____ 病院・診療所・他		
	TEL : _____ ()		
診療科・医師氏名	科 _____ 先生		

病院記入欄

相談の可否	可・否 (否の場合、理由を相談者へご連絡します)		
相談予定日	第1候補:	年 月 日	時 (担当医師 _____)
	第2候補:	年 月 日	時 (担当医師 _____)
申込書受理日		連絡日時(担当者)	決定日時(担当者)
備考			

セカンドオピニオン外来 相談シート

(主治医による記入は必要ありません)

A:患者氏名		フリガナ
		(男・女)
		明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳
B:相談の目的 (該当するものすべてに○)		1. 外科的治療法と内科的治療法の選択を迷っている 2. 手術(入院にて)など受けるように勧められている 3. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい 4. その他(下記に記入)
C:持参できる資料		1. 診療情報提供書(紹介状) 2. 血液検査記録 3. 生理学検査の結果(心電図・呼吸機能・脳波など) 4. レントゲンフィルム 5. 超音波検査の画像と結果レポート 6. 病理検査報告書 7. CT・MRI・RI検査のフィルムと読影レポート (1.フィルム・2CD-R) 8. その他()
D:現在の状況		入通院: 1. 入院中 2. 通院中 治療: 1. 治療前 2. 治療中 3. 経過観察中
これまで の経過	E1:いつ、何と 診断されたか	発病又は診断の時期 {昭和・平成・令和 年 月頃} 病名 がんの場合 病期 病理診断名
	E2:これまでに 受けた検査	{上記C:以外で}
	E3:これまでに 受けた治療 (該当者のみ)	
F:主治医の意見 (主治医の勧める 治療法とその理由)		
G:質問したい事 (箇条書きで)		

必ず必要なもの

1. 診療情報提供書(主治医より)

2. 検査データ・資料

湘南鎌倉総合病院

FAX:0467-45-9784

