

(様式2)

セカンドオピニオンに関する確認票

患者さんのお名前 _____

次の各事項に該当するかどうかをお答え願います。

(「はい」又は「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。)

1 訴訟等に関連する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
2 医療事故など、過去の治療の妥当性に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
3 労災や交通事故などに起因する疾患に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
4 当院での治療や入院を前提とする相談ですか？	(はい ・ いいえ)
5 他の医療機関の紹介等を求める相談ですか？	(はい ・ いいえ)
6 主治医から当院あての紹介状をお持ちいただけますか？	(はい ・ いいえ)
7 患者さんご本人が来院されますか？	(はい ・ いいえ)
(7で「いいえ」を選ばれた方のみ)	
8 患者さんご本人の同意書をお持ちいただけますか？	(はい ・ いいえ)

※ セカンドオピニオン外来申込書と一緒に提出願います。