

セカンドオピニオンに関する確認票

患者さんのお名前 _____

下記の各項目に該当するかどうかをお答え願います。

はい または いいえ のいずれかを○で囲んでください。

本状は申込書と合わせて提出してください。

1 主治医に対する不満や過去の治療の妥当性に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
2 医療訴訟や医療過誤および係争中の裁判に関する相談または 医療給付等に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
3 労災や交通事故に起因する疾患に関する相談ですか？	(はい ・ いいえ)
4 検査や治療等の医療行為を求めるなど転院を前提とした相談ですか？	(はい ・ いいえ)
5 診療情報提供書や検査データ等の提出が得られない相談ですか？	(はい ・ いいえ)
6 他の医療機関の紹介等を求める相談ですか？	(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)
8 (7で いいえ を選択された方のみお答えください) 患者さんご本人の同意書をご用意されていますか？	(はい ・ いいえ)

富山西総合病院