

## 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。