

(様式2)

セカンドオピニオンに関する確認票

患者さんの氏名 _____

次の各事項に該当するかをお答えください。

(「はい」または「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、本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、主治医から本院あての紹介状をお持ちですか？	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
(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ですか？	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お願いします

市立砺波総合病院