

## セカンドオピニオンに関する確認票

患者様氏名

次の各項目に該当するかどうかお答え願います。

「はい」又は「いいえ」のいずれかを○でかこんでください。

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状を求める相談ですか	( はい ・ いいえ )
7 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 )
8 患者様本人が来院されますか	( はい ・ いいえ )
9 (8で「いいえ」を選ばれた方のみお答えください) 患者様ご本人の同意書をお持ちいただけますか	( はい ・ いいえ )