

セカンドオピニオン外来

セカンドオピニオンとは、患者のみなさんが自ら治療法を選択し、納得して治療をうけていただくために、患者さんが現在かかられている病気の診断や治療方針について、受診中の医療機関の主治医(かかりつけ医)以外の医師から意見を聞くものです。

肩疾患やスポーツ障がいの診断内容や治療に関して、当院の専門医が意見を提供いたします。

【概要】

- ・セカンドオピニオン外来は完全予約制です。
- ・面談は、患者さん本人を原則としますが、やむを得ない場合で患者さん本人の同意がある場合は、ご家族の方との面談をお受けします。
- ・担当する医師は、当院の医師の中から専門性を考慮して決定いたします。
- ・相談料は、健康保険の対象外で全額自費になります。
- ・時間は、30分を最短時間とし、15分までの延長毎に追加費用がかかります。
(最初の30分まで22,000円、以降の延長は15分まで11,000円)

【相談をお受けできない場合】

- ・最初から当院での治療を希望されている場合
- ・必要な資料(紹介状・検査データ・Xフィルム等)が不足している場合
- ・担当医の了承が得られていない場合
- ・患者本人が死亡されている場合
- ・担当医に関する不満、医療事故の場合
- ・医療過誤及び訴訟に発展する相談と思われる場合
- ・医療費や医療給付に関する相談の場合
- ・相談内容に対応できる専門医が当院にいない場合
- ・その他、当院がセカンドオピニオン外来の求めに応じることが困難であると判断した場合

【ご相談に際して必要なもの】

- ・セカンドオピニオン外来予約申込書
- ・セカンドオピニオン外来承諾書
- ・主治医の紹介状兼診療情報提供書
- ・検査データ等の資料
- ・本人確認書類(例:パスポート・免許証など)
- ・同意書:本人以外の家族からの相談の場合(当日本人が来院できない場合)

【手続きと流れ】

1. 「セカンドオピニオン外来予約申込書」・「セカンドオピニオン外来承諾書」・「診療情報提供書」を現在受診中の医療機関から当院の地域医療連携室宛てにFAXしてください。
2. 後日、当院から現在受診中の医療機関にセカンドオピニオン外来の予約可否をお知らせします。相談可能の場合は予約日時を記載した「紹介予約受付票」をFAXします。
3. 相談可能の場合は、現在受診中の医療機関から、紹介状、X線フィルムや検査データ等の資料を受け取っていただき、セカンドオピニオン外来予約日の7日前までに地域医療連携室宛てに「セカンドオピニオン外来予約申込書」とともに郵送してください。
4. セカンドオピニオン外来当日は、「紹介予約受付票」と本人確認書類(パスポート・免許証等)をご持参のうえ、予約時間の15分前までに受付窓口にお越しください。

セカンドオピニオン外来 予約申込書

申込日: 年 月 日

この予約申込書は、患者さんが太枠内をご記入のうえ、セカンドオピニオン申込書と主治医作成の診療情報提供書を添えて、紹介元医療機関から当院地域医療連携室へFAX送信をお願いいたします。

ご紹介元 情報	貴施設名			
	住所	〒		
	診療科		主治医名	
	連絡先	電話:	FAX:	
患者情報	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男 女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	信原病院 受診歴	あり・なし (ID:)		
	住所	〒		
	連絡先	自宅()携帯()		
来院者	ふりがな		患者との続柄	
	氏名		本人・()	
	連絡先	自宅()携帯()		
相談内容	<p>1. 相談の目的</p> <p> 1) 診断や治療方針が妥当かどうか確かめたい</p> <p> 2) 他の治療方法の可能性を知りたい</p> <p> 3) その他</p> <p>2. 今までの経過を簡単にお知らせください</p> <p> 1) 診断時期: 年 月頃</p> <p> 2) 病 名:</p> <p> 3) 主治医から受けた説明内容等</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> <p>3. 希望日</p> <p> <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも可</p>			
必要書類	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来 予約申込書(この用紙) <input type="checkbox"/> 紹介状兼診療情報提供書(主治医が作成) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来 承諾書 <input type="checkbox"/> その他 主治医からの資料			

セカンドオピニオン外来 承諾書

年 月 日

信原病院 院長 殿

(本人) 住 所 :

氏 名 :

生 年 月 日 :

(代理人) 住 所 :

氏 名 :

続 柄 :

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、以下の事項を承諾します。

1. 医療過誤や医療訴訟などの目的に使用しないこと
2. 診察・検査・施術の内容・結果、治療の内容、症状の経過、既往傷病歴、医師の判断・見解、診療費用、その他上記本人に係る事項など、セカンドオピニオン外来に必要な私個人の診療情報を信原病院の担当医に提供すること
3. 上記2の情報に基づき、信原病院の担当医が、来院相談者に私個人の疾患に関する病状、診断、治療方法等を伝えること
4. セカンドオピニオン外来は、上記2の情報に基づき、現在受診中の医療機関の主治医の診断・治療について意見・助言を述べるものであり、治療及び検査を行わないこと
5. 必ず主治医に戻ることに
6. セカンドオピニオン外来における相談結果を現在受診中の医療機関の主治医に報告すること
7. セカンドオピニオン外来の費用は、自費払いとなること
8. セカンドオピニオン外来の提供を不相当とする相当な理由が発生した場合は相談を中止すること
9. 相談を中止した場合であっても、セカンドオピニオンに要した時間分の費用を自費払いすること
10. 転院を希望する場合は、改めて紹介状を持参し受診すること