

セカンドオピニオン外来のご案内

【他院で治療中の患者さんについて】

1. セカンドオピニオンの目的

当院以外の医療機関で診療を受けられている方へ、現在の診断内容、治療法に関して当院の専門医が意見・判断を提供し、患者さんご自身がこれからの治療法を選択する際の参考にしていただくことを目的としております。

なお、セカンドオピニオンでは、新たな検査や治療は行いません。当院での治療を希望される場合は、一般外来を受診していただきます。

2. セカンドオピニオンの対象となる方

(1) 当院以外の医療機関に入院、通院している方。

(2) 相談は患者ご本人とします。ただし、ご本人からの同意書がある場合は家族だけの相談もお受けします。

この場合の家族の範囲は、配偶者、親、子どもとします。

(3) 現在受診中の主治医の先生からセカンドオピニオンを目的とする診療情報提供書、画像及び検査結果等の資料提供が受けられる方。

(4) 疾患が、当院のセカンドオピニオン対応疾患である場合。

3. セカンドオピニオンの形態

相談のみとして検査等診療は行いません。相談は原則として1回限りとします。

4. セカンドオピニオンの対象疾患、担当診療科及び担当医

(1) 対象疾患

胃がん、大腸がん、肝がん、食道がん、膵がん、胆のう・胆管がん

(2) 担当診療科

内科

(3) 担当医

杉山 照幸

5. セカンドオピニオン外来の時間及び料金等

(1) セカンドオピニオン外来は自由診療となります。

料金は、相談時間 30 分まで 11,000 円（消費税込）、その後 15 分まで毎に 5,500 円（消費税込）が加算となります。お支払いは、相談終了後、お願いします。

(2) 相談時間は月曜日から金曜日（祝日を除く）の 9 時から 16 時までとします。相談は完全予約制です。

6. セカンドオピニオンの流れ

(1) 医療機関を通じて申し込む場合

① セカンドオピニオン外来相談申込書、主治医からのセカンドオピニオンを目的とした診療情報提供書を地域医療福祉連携室あて F A X で送付してください。原本は郵送又は相談日当日に提出していただきます。

② 相談日を調整し、後ほど相談日時等を申込された方へ電話連絡します。相談日時等を記載した予約票は申込された方の自宅へ郵送します。

(2) 患者さんご本人が申し込む場合

① 地域医療福祉連携室にセカンドオピニオン外来相談申込書及び主治医からのセカンドオピニオンを目的とした診療情報提供書を来院のうへ提出していただきます。または、郵送・F A X で送付していただきます。

② 相談日を調整し、後ほど相談日時等を申込された方へ電話連絡します。相談日時等を記載した予約票は申込された方の自宅へ郵送します。

(3) 相談日当日について

① 持参していただくもの

- ア、セカンドオピニオン外来相談申込書（原本を提出していない場合）
- イ、セカンドオピニオン外来予約票
- ウ、患者さんご本人であることを証明できるもの（運転免許証等）
- エ、セカンドオピニオン外来相談同意書（ご家族だけの相談の場合）
- オ、主治医が作成したセカンドオピニオンを目的とした診療情報提供書（原本を提出していない場合）
- カ、治療中の画像、検査結果等資料

② 受付場所

新患受付で受付します。

7. セカンドオピニオン外来に関する問い合わせ先

- (1) 受付窓口：地域医療福祉連携室
- (2) 受付時間：月曜日から金曜日（祝日を除く）の9時から16時
- (3) 住 所：岩手県一関市大東町大原字川内 128 番地
- (4) 電 話：0191-72-2121（病院代表）
- (5) F A X：0191-72-2897

8. セカンドオピニオンをお断りする場合

- (1) 相談内容が上記4の対象疾患でない場合
- (2) 主治医が了解していない場合
- (3) 主治医に対する不満や苦情、医療過誤等訴訟を目的としている場合
- (4) 最初から転院を希望している場合
- (5) 死亡した患者を対象とする場合
- (6) 主治医からの診療情報提供書等の資料の提出が無い場合
- (7) 予約をしていない場合

※ 受付後、または相談中であっても上記内容に該当すると担当医が判断した場合はお断りすることがあります。

【当院で治療中の患者さんについて】

1. セカンドオピニオンの目的

当院で治療中の患者さん、またはご家族が主治医の治療方針に納得し、共に治療を進めていくうえで、主治医以外の意見を聞くことにより、治療方針の理解を深めていただき、強い信頼関係を築き、今後の治療をより良いものにしていくことを目的とします。

なお、他院での治療を希望される場合は、治療を目的とした紹介をしますので、その旨、主治医へお申し出ください。

2. セカンドオピニオンの対象者

- (1) 現在、当院で治療中の患者さん
- (2) 当院の主治医から十分な説明が行われている患者さん
- (3) これからの治療方針を納得して決めるために、他の医療機関の専門医の意見を参考にしたい患者さん

3. 相談の流れ

セカンドオピニオンの申し出は、地域医療福祉連携室においてお受けします。地域医療福祉連携室では、セカンドオピニオンの制度やセカンドオピニオンを受け入れている医療機関の情報等を説明し、患者さんが他院でセカンドオピニオンを受けられるよう支援いたします。

岩手県立大東病院 セカンドオピニオン外来受診申込書

岩手県立大東病院 御中

訴訟等の目的に使用しないこと及び受診料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

令和 年 月 日

相談者氏名 _____ 印

患者様氏名	(ふりがな) _____	性別	男 ・ 女
患者様生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 西暦 _____ 年 月 日 (歳)		
患者様住所・電話番号	〒 _____ TEL : _____		
ご相談者	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人 (患者様ご本人とご家族) <input type="checkbox"/> ご家族のみ (続柄 _____)		
ご相談者の連絡先	固定電話 : _____ (患者様ご本人の場合は記入不要です) 携帯電話 : _____ FAX : _____		
患者様の疾患名	① _____ ② _____		
ご相談の具体的な内容 時間内で出来るだけご満足いただける回答を提供させていただくため、お聞きになりたい事を具体的に記入されますようお願いいたします。用紙が不足する場合は、別紙でもかまいません。			
主治医の医療機関名・住所・電話番号・診療科及び氏名 (おわかりになる範囲で結構です)			

●受診可否・受診予約内容

受診の可否	可 ・ 否 (可否決定医師 : _____)
受診日時	令和 年 月 日 () 時 分
相談担当医	科 _____
相談場所	診療科診察室 () ・ その他 ()

※ お申し込み先 :

岩手県立大東病院 セカンドオピニオン外来担当 地域医療福祉連携室 (医事経営課内)

〒029-0711 岩手県一関市大東町大原字川内 128 番地

TEL : 0191-72-2121 FAX : 0191-72-2897

年 月 日

セカンドオピニオン外来受診同意書

岩手県大東病院 御中

患者様ご氏名 _____ 印

私は、下記の者に病状等に関する主治医の診療情報提供書及び検査結果資料を持参させ、貴院担当医師が私の疾病についての診断、治療内容及び今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書（診療情報提供書）が作成されることに同意いたします。

記

○相談者（代理受診者）

氏 名	続 柄

※相談者は、患者様ご本人との続柄を確認できるもの（健康保険証、住民票等）をご持参の上、ご来院ください。