

# セカンドオピニオン外来

セカンドオピニオンとは、患者さまが現在受けられている医療機関以外の専門的知識を持った医師から意見をきくことにより、診療内容や治療方法に関してよりよい選択・決断ができるようにするものです。

セカンドオピニオン外来では、新たな検査や治療は行いませんので、主治医からの情報提供書が必要になります。また当院での検査や治療をご希望の方は、セカンドオピニオン外来の対象とはならないため、一般外来を受診してください。

対象となる疾患	当院で外来診療を行っている疾患全て。ただし、医療訴訟（医療事故）に関する相談や転院希望の相談など、内容によってはお受けできないケースもありますのでご了承ください。
対象となる方	市販されていない医薬品で治療上必要のある薬品は、院内で審議した上で、製剤室で調製しています。また、調剤業務、診療業務の合理化のため病院独自の約束処方も調製しています。
申込方法 [完全予約制]	<u>現在受けられている主治医からの紹介状が必要です。</u> 次ページの「セカンドオピニオン外来相談同意書」にご記入のうえ、地域医療連携室まで FAX 送信してください。FAX 確認後、当院の地域医療連携室・担当者からの電話にて受診日時を確定致します。
お受け できない場合	<ul style="list-style-type: none"><li>● 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中に関する相談</li><li>● 医療費の内容、医療給付に関わる相談</li><li>● 死亡した患者さまを対象とする場合</li><li>● 主治医が了解していない場合</li><li>● 特定の医師・医療機関への紹介を希望されている場合</li><li>● 当院から指定された相談に必要な資料（診療情報提供書・検査データレントゲンフィルムなど）をお持ちでない場合</li><li>● 相談内容が当院の専門外である場合</li><li>● 予約外の場合</li></ul>
料金	相談時間……30 分以内 11,000 円（税込） 以後 30 分までごとに、5,500 円を加算します。 ※保険適用外となりますので、全額自己負担になります。 ※患者さま、紹介いただいた主治医には、 セカンドオピニオンの内容を当院から文書にて情報提供いたします。

## セカンドオピニオン申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び私の主治医あての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- 1) 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- 2) 相談中に相談内容を録音すること。

申込日 令和 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

相談者情報	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
	相談者氏名				年 月 日	
	患者との続柄		来院予定者	人		
	相談者連絡先	〒 _____				
	電 話	自宅 ( ) _____	-	携帯 ( ) _____	-	
患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
	患者氏名				年 月 日	
	JR広島病院の受診歴の有無	有 ( 診察券番号 _____ ) ・ 無 ・ 不明				
	相談者連絡先	〒 _____				
		電 話	自宅 ( ) _____	-	携帯 ( ) _____	-
	医療機関	医療機関名		主治医	先生	
		診療科名				
現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )					
疾患名						
相談の内容	(差し支えなければご記入ください。欄が足りない場合は別紙にご記入ください。)					

ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

JR広島病院記入欄	受付年月日	令和 年 月 日 ( )	受付番号	
	担当診療科	科	担当医師	
	相談日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 30分・60分	備 考	
	相談場所			

