

# セカンドオピニオン外来のご案内

## 【当院のセカンドオピニオンに対する考え方】

セカンドオピニオンは病気の診断や治療方法について、現在治療を受けている医療機関の主治医以外の専門医師に意見を聞き、患者さん自らがより良い治療方法を選択できるようにしていくために行われるものです。

## 【対象】

セカンドオピニオンを受けることができるのは、患者さん本人又はご家族に限ります。

## 【申込】

- ・ セカンドオピニオンを受けるためには、事前申込み、予約が必要です。
- ・ 申込みには現在治療を受けている医療機関の主治医の診療情報提供書、検査データ、レントゲンフィルム等の資料が必要です。

## 【実施内容】

- ・ セカンドオピニオンは診療ではないため、治療や検査は行いません
- ・ 担当医師は提供された診療情報等に基づき治療について意見を述べます。
- ・ セカンドオピニオンの結果は現在の主治医に文書でお知らせします。

## 【相談時間及び料金】

- ・ 相談時間は原則として 15 分以内とさせていただきます。
- ・ 1 回あたり 7,000 円 (消費税抜き) となります。

※セカンドオピニオンについては保険が適用されません。

## 【セカンドオピニオンに関するお問い合わせ】

中村記念病院 医療相談課 地域医療連携室

TEL011-231-8555(内線 456・463)

社会医療法人医仁会 中村記念病院院長

セカンドオピニオン外来申込書

FAX 011-231-8385

|   |                     |        |                       |  |
|---|---------------------|--------|-----------------------|--|
| ※太枠の中をご記入下さい                              |                     | No.    | 申込日: 令和 年 月 日         |  |
| 患者  | ふりがな<br>氏名          | 男<br>女 | 生年月日<br>大・昭・平・令 年 月 日 |  |
|   | 住所 〒<br><br>TEL ( ) |        |                       |  |
| 相談される方                                    | ふりがな<br>氏名          | 男<br>女 |                       |  |
|   | 住所 〒<br><br>TEL ( ) |        |                       |  |
| 現在の状態 入院中 通院中 その他( )                      |                     |        |                       |  |
| 入院中(入院した)または通院中(通院した)の病院及び診療科名            |                     |        |                       |  |
| 病名  |                     |        |                       |  |
| ご相談の内容(ご自由にお書きください。スペースが足りない場合には別紙でも結構です) |                     |        |                       |  |
| セカンドオピニオンを受けることを患者本人は同意していますか。            |                     |        | はい いいえ                |  |
| 診療経過がわかる資料(紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等)はありますか。    |                     |        | 有 無                   |  |

※セカンドオピニオン外来は、保険外診療となり、7,700 円を負担していただきますのでご了承ください。

社会医療法人医仁会 中村記念病院

|                |                 |         |     |
|----------------|-----------------|---------|-----|
| セカンドオピニオン外来決定日 | 令和 年 月 日        | 午前・午後   | 時 分 |
| セカンドオピニオン担当医師  | 診療科名 脳神経外科 神経内科 | 科       | 氏名  |
| 場所             | 第__診察室 多目的指導室   | 申込者への連絡 | 済 未 |

# セカンドオピニオン外来同意書

中村記念病院長 殿

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

本同意書を持参しました(相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断、及び治療内容、今後の見通しにつきまして、

意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されることを同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生