

# セカンドオピニオン外来

## ○ご案内

セカンドオピニオン（第二の意見）とは、病気の診断や治療法について、今かかっている医師以外から意見を聞くことを言います。

当院では、患者様が自分の病気に関して十分に納得したうえで、治療方針などを決定されるためのお手伝いとして、当院の医師からセカンドオピニオンを提供いたします。

ただし、ご相談者が本人以外の場合は、患者様本人自筆の「相談同意書」が必要です。

## ○セカンドオピニオンの対象とならない場合

- ① 訴訟を目的とした相談
- ② 現在受診中の医療機関に関する苦情
- ③ 診療費用に関する相談
- ④ 転院・転医を目的とした相談
- ⑤ 当院に専門医が不在の疾病に関する相談

## ○セカンドオピニオンの対象診療科

呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、整形外科

## ○相談時間及び料金

1回1時間を限度とし、料金は1回11,000円（消費税込）とします。

尚、健康保険は適用されませんので、全額自己負担となります。

## ○申し込みの方法

完全予約制ですので、事前に現在かかられている医療機関より、当院地域医療連携室へ下記書類をFAXして下さい。原本はセカンドオピニオンの当日にお持ち下さい。

- ① セカンドオピニオン外来申込書
- ② 診療情報提供書
- ③ 検査データ・画像データ
- ④ 相談同意書（患者様が来院されない場合）

相談日時については、希望を考慮いたしますが、担当医師との調整のため希望に添えない場合がある事をご了承下さい。

## ○お問い合わせ先

〒791-0281 愛媛県東温市横河原 366

国立病院機構 愛媛医療センター 地域医療連携室

TEL：089-990-1923 FAX：089-990-1896

## セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、下記の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和      年      月      日      氏名

|                               |                   |     |             |                    |
|-------------------------------|-------------------|-----|-------------|--------------------|
| 患者様の氏名                        | フリガナ              | 男・女 | 患者様<br>生年月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |
| 相談者の氏名                        | フリガナ              | 男・女 | 患者様との<br>続柄 |                    |
| 相談者の<br>連絡先<br>(当院からの連絡<br>先) | 〒 -<br>電話番号： -    |     |             |                    |
| 相談者                           | 本人 ・ 家族 ・ その他 ( ) |     |             |                    |
| かかられている<br>医療機関               |                   |     |             |                    |
| (1) 患者様の現在の状況 (○で囲んでください)     |                   |     |             |                    |
| ・ 入院中 ・ 通院中 ・ その他 ( )         |                   |     |             |                    |
| (2) 入院中または通院中の診療科・医師          |                   |     |             |                    |
|                               |                   |     |             |                    |
| (3) 病名 (分かる範囲で記入下さい)          |                   |     |             |                    |
|                               |                   |     |             |                    |
| (4) 医師に相談したい内容                |                   |     |             |                    |
|                               |                   |     |             |                    |
| 希望の診療科・医師                     |                   |     |             |                    |
| 希望日時                          | 第一希望              | 月   | 日           | 午前 ・ 午後            |
|                               | 第二希望              | 月   | 日           | 午前 ・ 午後            |

## 注意事項

- ① 事前に、診療情報提供書及び検査データ等の資料を提出頂く場合があります。
- ② 料金は、1 回 1 時間を限度とし、料金は 11,000 円（消費税込）です。
- ③ 当日は相談のみで診察・検査はありません。
- ④ 健康保険は適用になりませんので、全額自己負担となります。
- ⑤ 都合により、希望日時に添えない場合があります。

国立病院機構 愛媛医療センター 地域医療連携室  
電話：089-990-1923 FAX：089-990-1896

# 相 談 同 意 書

(患者様が来院されない場合は記入下さい)

令和      年      月      日

国立病院機構   愛媛医療センター   病院長   殿

(患者様)

住      所

氏      名

私はこのたび、下記の者が、愛媛医療センターにて  
セカンドオピニオンを受ける事に同意します。

(相談者)

住      所

氏      名

患者様との続柄