

セカンドオピニオン外来の実施について

現在、診療を受けている主治医以外の専門医から、現在の治療の内容や他の治療法等について意見を聞くことを、セカンドオピニオンといいます。

本院では、他の医療機関で治療を受けている方またはご家族に対し、当院の医師がその疾病にかかわる治療法等の情報を提供することで、患者さんまたはご家族が納得できる医療を選択できるように、平成17年7月1日から、セカンドオピニオン外来を実施します。

記

1 対象者

現在受診中の医療機関での診断や治療方針について、このままでよいのか、あるいは他の治療法があるのか等悩んでいる患者さんまたはご家族が対象です。転院や訴訟等を目的とされる方は対象となりません。

2 対象疾患

主にがん疾患、心疾患、脳血管疾患等（対応できない場合もあるため、事前に問い合わせてください）

3 実施方法

完全予約制（受診に際して紹介状等が必要です。事前に下記受付まで、お問い合わせください。）

4 相談日時等

各専門医と調整し、個別に連絡します。

相談時間は、事前検討、意見書作成、面談を含めて60分以内。

5 費用

1回あたり31,500円（健康保険は適用されません）

6 お問い合わせ先

大阪市立大学医学部附属病院「セカンドオピニオン外来受付」

受付時間 平日（年末年始を除く）午後1時～午後3時

電話番号 06-6645-3399

大阪市立大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来申込書

問合せ番号

—

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用（保険適用外）を支払うこと等に同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

※太線内記入のうえ、郵便（〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町1-5-7セカンドオピニオン外来担当）もしくは直接持参によりお申し込みください。

患者氏名等	フリガナ (氏名)	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月	日生(歳)
	(連絡先住所)	(-)	(連絡先電話番号)	TEL	FAX	
相談者	フリガナ (氏名)	男・女	(患者との続柄)	本人・家族()		
	(連絡先住所)	(-)	(連絡先電話番号)	TEL	FAX	
現在の状況	(病院名 診療科名)	通院中・入院中・その他()				
	(病名)					
相談目的						
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書等) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム(CT等含む) <input type="checkbox"/> その他()					
相談したい内容	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

※ 以下は病院側記入欄ですので記入しないで下さい。

相談可否	可・否	(否の理由)	診療科部長 確認欄
------	-----	--------	--------------

申込書受理	担当診療科・医師	相談予約日時	相談者への連絡	備考
年月日()	(診療科名)	年月日()	年月日()	
(受理者)	(医師名)	時 分～	(連絡者)	

大阪市立大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私 (患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(ご相談者) _____ に対して、貴院担当医師が私の疾

患についての治療内容、今後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が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日 (大正、昭和、平成) 年 月 日生

(患者様氏名) _____ 印

※ 家族であることを証明できるもの (健康保険証・免許証等) を必ず持参してください。