

# セカンドオピニオン外来のご案内

2011.2 改訂

セカンドオピニオン外来では、当院以外の主治医におかかりの患者さんを対象に、診断内容や治療法に関して当院の専門医が意見・判断を提供します。その意見や判断をご自身の治療に際して今後の参考にしていただくことが、この外来の大きな目的です。

したがって、主治医の先生から情報提供書(診療情報、検査所見、画像データなど)を得ていただく必要があります。またセカンドオピニオンの内容は当該主治医にお知らせすることになります。

また、健康保険外の自由診療となりますので、時間は**1時間31,500円**(消費税込み)かかります。最初から転医や検査・治療を希望される患者さんは、セカンドオピニオン外来の対象とはなりませんので、外来を受診してください。

## 相談内容

1. 病状・治療方針・治療経過の説明に納得はしているが、今一度他の医療機関の専門医に再確認したい時
2. 治療方針に同意を求められているが、今一つ決心できない時
3. 現在の治療に不安を感じる時
4. 病状や治療経過の説明に納得がいかない時・・・など

## 対象とならない場合

1. 患者さん本人と家族以外からの相談
2. 主治医に対する不満、医療事故及び裁判係争中に関する相談
3. 転医希望の相談
4. 精神疾患に関する相談
5. 医療費の内容、医療給付に関する相談
6. 死亡された患者さんを対象とする場合
7. 診療情報提供書および検査資料を持参できない場合

## 申し込み方法

完全予約制となっておりますので、**現在おかけの病院・医院から**別紙①(セカンドオピニオン外来予約申込書)および別紙②(紹介状(診療情報提供書)・紹介元医療機関の様式でも可)を保健医療福祉ネットワーク部までFAXでお送りください。

お返事には**2~3日**かかります。一般の外来時間とは別に担当医と調整の上、決定します。相談日時を記載した「診療予約票・診療申込書」を紹介元医療機関へFAXでお送りします。

## 料金

1時間 31,500円(消費税込み)

※ 健康保険適用外で、全額自費になります。

## 相談日・時間帯

月～金 13:00～16:00

(相談時間は主治医への報告書作成を含み1時間とさせていただきます。)

## 相談の対象となる方

患者さんご本人の相談を原則としますが(別紙③「相談同意書」持参)、ご家族だけでも相談は可能です(別紙④「代理相談同意書」持参)。なお患者さんが未成年の場合や来院・対話ができる状態でない場合は、続柄を確認できる書類(健康保険証など)を持参してください。

## 相談日当日

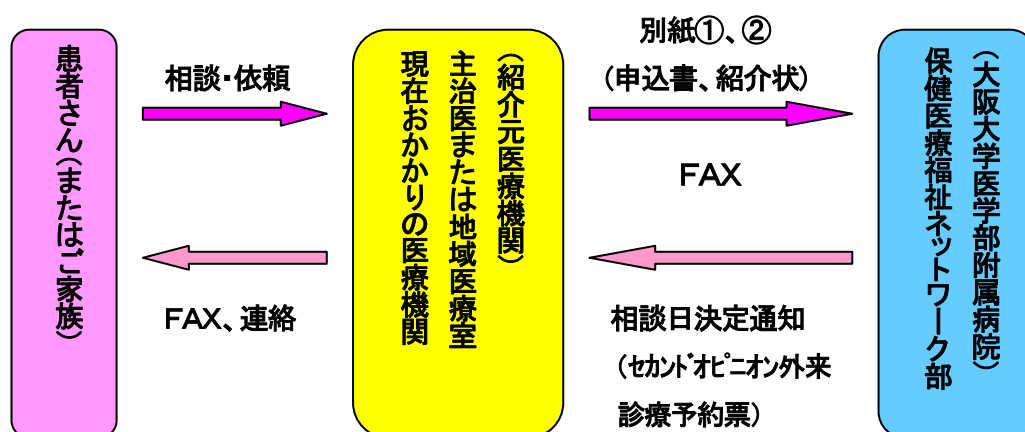
- \* 「セカンドオピニオン外来 診療予約票」、紹介状(診療情報提供書)原本、別紙③(相談同意書)または別紙④(代理相談同意書)、検査資料(レントゲン検査フィルム、血液検査データなど)を持参してください。
- \* 1階③番『再来受付』窓口へ「セカンドオピニオン外来 診療予約票」を提出してください。

## お申し込み・お問い合わせ先

大阪大学医学部附属病院 保健医療福祉ネットワーク部

TEL 06-6879-5111(代表)

受付時間 9:00～16:00 (月～金) 土日祝祭日・年末年始を除く



セカンドオピニオン外来 予約申込書(医療機関専用)

保健医療福祉ネットワーク部 FAX 06-6879-5081 TEL 06-6879-5080

申込日 平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 所属科 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

[患者さんデータ]

氏名	フリガナ	生年月日	明・大	年	月	日	男女
			昭・平		(	歳)	
		TEL					
内容	ご相談の具体的な						
希望診療科	* 下記の診療科一覧をご参照ください。		希望医師				
患者さんは以前に阪大病院の受診歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
「はい」の場合は診察券番号がわかればご記入ください <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>							
資料に○印 (X線・CT・MR・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他)							
その他	ご都合の悪い日	患者さんに確認のうえ、チェックしてください <input type="checkbox"/> 1時間 31,500円 <input type="checkbox"/> 訴訟の目的にしない <input type="checkbox"/> 相談は本人または家族 <input type="checkbox"/> 診察ではなく、意見の提供のみ <input type="checkbox"/> 同意書(代理同意書)当日持参					

\* 診療科

2010.6

- |            |          |             |       |
|------------|----------|-------------|-------|
| 内科         | 血液・腫瘍内科  | 小児外科        | 産科婦人科 |
| 消化器内科      | 老年・高血圧内科 | 眼科          | 小児科   |
| 内分泌・代謝内科   | 漢方外来     | 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 | 泌尿器科  |
| 呼吸器内科      | 外科       | 整形外科        | 放射線科  |
| 免疫・アレルギー内科 | 消化器外科    | 皮膚科         |       |
| 循環器内科      | 心臓血管外科   | 形成外科        |       |
| 腎臓内科       | 乳腺・内分泌外科 | 脳神経外科       |       |
| 神経内科・脳卒中科  | 呼吸器外科    | 麻酔科         |       |

# 紹介状(診療情報提供書)

(紹介元医療機関の様式でも可)

②

大阪大学医学部附属病院

セカンドオピニオン外来

平成 年 月 日

_____ 科  _____ 先生様	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">紹介元医療機関の 所在地及び名称</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">電話番号(連絡先)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">診療科</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">担当医師</td> <td></td> </tr> </table>	紹介元医療機関の 所在地及び名称		電話番号(連絡先)		診療科		担当医師	
紹介元医療機関の 所在地及び名称									
電話番号(連絡先)									
診療科									
担当医師									

患者さんの氏名、性別	_____ 殿 (男、女)
生年月日(年齢)	(大正、昭和、平成) 年 月 日生 ( 歳)
疾患名	1. 2. 3.
重症度分類、ステージなど	
現病歴 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には別紙 でも結構です。)	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	

(患者さんが来られる場合)

## 相談同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

平成 年 月 日

患者さん氏名 \_\_\_\_\_ 印

同席者氏名 \_\_\_\_\_

(患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_)

同席者氏名 \_\_\_\_\_

(患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_)

## 代理相談同意書

平成 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

患者さん<sup>ふりがな</sup>氏名： \_\_\_\_\_ 印

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

また、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、大阪大学医学部附属病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

## 代理相談者

氏 名	患者さんとの続柄	連絡先(TEL・FAX など)

\* 注1: 患者さんご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

\* 注2: 相談者は、相談者本人を証明するもの(保険証、運転免許証等)をご持参ください。