

大阪大学医学部附属病院 オンラインセカンドオピニオン

ご自身のパソコンやスマートフォン・タブレットなどを使って、ご自宅などからセカンドオピニオンが受診できるようになりました。

当院にご来院いただくことなく、セカンドオピニオンを受けていただくことが可能です。

また医師とCTやMRI画像の画面共有が可能です。

対象となる方

ご本人またはそのご家族（原則3親等内）

※ご本人が未成年の場合は、続柄を確認できる書類（健康保健証のコピー等）をご準備下さい。

対象となる診療科

消化器内科 総合診療科 小児外科 泌尿器科 産科・婦人科

相談内容

対面のセカンドオピニオンと同じです。

お受けできない場合

対面のセカンドオピニオンと同じです。

時間・料金

①所要時間 1時間程度

(内訳の目安)

ご相談のお時間 約45分

医師による報告書作成 約15分

②料金 44,000円(税込)

健康保険は使えません。クレジット不可、振込のみ可能です。

相談に必要なもの

- 1 オンラインセカンドオピニオン外来予約申込書
- 2 紹介状(診療情報提供書)
- 3 相談同意書(同席者は原則2名。ご本人含めて3名以下)
- 4 代理相談同意書
- 5 ご本人が未成年の場合は、続柄を示す書類(健康保健証など)
- 6 画像(CR-R等)や検査データーなど
- 7 オンラインセカンドオピニオン事前チェック表
- 8 身分証明書(顔写真付き。Ex.運転免許証など)
- 9 オンライン通信が可能な機器(パソコンやタブレットなど)

申込から相談までの手順

- 1 完全予約制です。現在おかけの医療機関から患者包括サポートセンター宛に以下の書類をFAXして下さい。
 - ①オンラインセカンドオピニオン外来予約申込書
 - ②紹介状(診療情報提供書)
 - ③相談同意書もしくは代理相談同意書
 - ④検査データーなど
 - ⑤オンラインセカンドオピニオン事前チェック表

- 2 疾患的にオンライン相談が相応しいか検討し、問題がなければ、担当医と調整の上、日時が記載された診療予約票を紹介元医療機関にFAXいたします。
(目安としてお申込日から概ね2～3週間先が相談日となります)
- 3 診療予約票の本紙と「オンライン診療システムへの登録に関するご案内」を紹介元医療機関に郵送いたします。
- 4 紹介元医療機関は診療予約票の本紙と「オンライン診療システムへの登録に関するご案内」をご相談者にお渡しします。
- 5 紹介元医療機関は、患者包括サポートセンターに、1で送った資料の本紙や画像CD-Rなどを郵送します。
(面談日時の5営業日前までに)
- 6 相談者は、「オンライン診療システムへの登録に関するご案内」を参考にしながら、面談日時の前々日までに登録を行います。
登録が成功しないと開始できません。
- 7 キャンセルの場合は、1営業日前の16時までに、紹介元医療機関を通して、必ずご連絡をお願いします。

相談の実施(当日)について

- 1 相談日時の30分前から事前確認テストを行います。
- 2 相談者ご本人・代理、同席予定の方は、身分証明書(顔写真付)の提示をお願いします。
- 3 録音・録画・撮影は禁止です。
- 4 担当医の診察状況やオンラインの通信状態により、開始時間が前後する場合がございますので、ご了承ください。
- 5 個人情報を含みますので、プライバシーが遵守できる環境でお願いします。

報告書等の郵送とお支払いについて

- 1 報告書は紹介元医療機関に後日郵送いたします。
- 2 お支払いについては、ご相談者に請求書を郵送いたしますので、2週間以内に手続きをお願いします。
- 3 診察券やCD-Rなども請求書と同封で郵送させていただきます。

お申込み・ご質問・資料の郵送先

■電話によるお問合せ

(月)～(金) 9:00～17:00(休日、年末年始は除く)

■FAXによるお申込み

(月)～(金) 9:00～17:00(休日、年末年始は除く)

※17:00以降は翌営業日対応となります。

■連絡・送付先

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-15

大阪大学医学部附属病院 患者包括サポートセンター




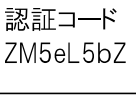


オンラインセカンドオピニオン担当

TEL 06-6879-5090(直通)

FAX 06-6879-5390

オンラインセカンドオピニオン相談の流れ

申込から準備まで

相談者(本人・家族)	かかりつけ医療機関	大阪大学医学部附属病院
		
スタート		
<ul style="list-style-type: none"> ■ 紹介状(診療情報提供書) ■ 検査データー ■ 画像CD-Rなど 資料の準備をかかりつけ医に依頼	<ul style="list-style-type: none"> ■ オンラインセカンドオピニオン申込書 ■ 紹介状(診療情報提供書) ■ 検査データーなど ■ 相談同意書(代理も含む) ■ オンライン事前チェック表 を阪大病院にFAX送信	患者包括サポートセンター担当部門で受領し、可否の検討 ★オンライン面談は約2～3週間先となります
本人確認ができる顔写真付の身分証明書、代理の場合は続柄を示す書類を準備	対面が可能であれば、そちらに切り替えもらう	・疾患的にオンラインが相応しいか検討 ・オンライン診療事前チェック表を確認(一つでも×があれば原則不可)
阪大病院発行の診療予約票(日時決定)を受取る	診療予約票(日時決定)をお渡りする	管理者専用端末に登録
オンライン診療システムへの登録に関するご案内(認証コードなど)を受取る	阪大病院からオンライン診療システムへの登録に関するご案内をお渡りする	診療予約票(日時決定)を作成し、かかりつけ医療機関へFAX・郵送
  	かかりつけ医療機関は、検査データーや画像資料などを 5営業日前 までに阪大病院に郵送する。	オンライン診療システムへの登録に関するご案内(認証コードなど)を発行して郵送
「オンライン診療システムへの登録に関するご案内」に従って登録を行う。 ※1営業日前の16時までにお願いします。		関係資料を受領する ↓ 電子カルテに取り込む ↓ 管理者用端末に反映
(当日)事前接続テスト		
相談予定時間の30分前から事前接続テストを行う ※ 通信に支障がある場合は、日時の再調整か、後日対面にするか検討		相談予定時間の30分前から事前接続テストを行う ※ 通信に支障がある場合は、日時の再調整か、後日対面にしてもらうか検討する
相談の実施		
オンラインセカンドオピニオン相談を開始		オンラインセカンドオピニオン相談を開始
終了と支払		
請求書、診察券、画像CR-Rを受け取る	セカンドオピニオン相談報告書を受領	セカンドオピニオン相談報告書をかかりつけ医療機関に郵送
請求金額を振り込む		請求書、診察券、画像CD-Rを相談者に郵送 ※ 来院歴のある患者は診察券送付不要
		収入・債権管理係で入金確認 ↓ 未収の場合、収入・債権管理係から督促
終了		

大阪大学医学部附属病院

①

オンラインセカンドオピニオン外来 予約申込書(医療機関専用)

患者包括サポートセンター FAX 06-6879-5390 TEL 06-6879-5090

申込日 令和 年 月 日

医療機関名 所属科

所在地

担当医師

TEL 担当者 FAX

[患者さんデータ]

氏名	フリガナ	生年月日	大・昭平・令	年	月	日	(歳)	男女
	TEL							
ご相談の内容								
診療科希望	* 下記の診療科一覧をご参照ください。		医師希望					
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、全てチェックしてください <input type="checkbox"/> 1時間 44,000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						

* 診療科

- 消化器内科
- 総合診療科
- 小児外科
- 泌尿器科
- 産科・婦人科

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

オンラインセカンドオピニオン外来 令和 年 月 日

科	紹介元医療機関の 所在地及び名称	
先生様	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、令和) 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	

相談同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

私は、貴病院オンライン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

令和 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 _____)

同席者氏名 _____

(患者さんとの続柄 _____)

代理相談同意書

令和 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

患者さん^{ふりがな}氏名：_____ 印

住 所：_____

電 話 番 号：_____ (_____)

私は、貴病院オンライン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)をご用意ください。

オンラインセカンドオピニオン 事前チェック表

大阪大学医学部附属病院

■必ず本チェック表を用いて最終的な確認をして下さい。

■チェック項目毎に「○」を記入してください。

「○」が無い場合、お受けできない場合がございます。

■本チェック表は、その他の申込書類と併せて送付してください。

チェック項目			チェック欄
1	ご相談者の写真つき身分証明書の用意	運転免許書	
		パスポート	
		マイナンバーカード	
		その他	
2	ご使用される端末環境 ※電源、バッテリー残量にご注意下さい	<input type="checkbox"/> デスクトップパソコン	
		Windows	
		Mac	
		<input type="checkbox"/> ノートパソコン	
		Windows	
		Mac	
		<input type="checkbox"/> タブレット	
		Windows	
		Andoroid	
		iPad	
		<input type="checkbox"/> スマートフォン	
		Andoroid	
		iPhone	
3	カメラ、マイク、スピーカー、イヤホン など映像・音声通信が可能な機器がある	カメラ	
		マイク	
		スピーカー	
		イヤホン	
4	ご使用される通信環境	有線LAN接続 (LANケーブルで接続する環境)	
		無線LAN接続 (自宅などで安定したWiFi環境)	
		公衆無線LAN接続 (一般的にフリーWiFi、無料WiFi)	非推奨
		通信キャリア回線 (docomo、au、ソフトバンク)	非推奨
5	静かで明るいスペースを確保		

日付 令和 年 月 日

署名欄