

天童市民病院セカンドオピニオン外来実施要領

天童市民病院

1 趣旨

セカンドオピニオン外来は、本院以外の医療機関において治療を受けている患者さんの診断の内容や治療方法等について、本院の医師の意見又は判断を提供することにより、患者さんがご自身の治療の際に参考としていただくことを目的としています。

2 相談内容等

患者さんの現在の病状に対する診断や今後の治療方法等について、専門領域による意見又は判断を行います。なお、患者さんからのご相談に対応することができる医師が本院にいない場合や最初から患者さんが本院における治療を希望しているときには、ご相談を受けられない場合があります。

また、セカンドオピニオン外来は、原則として、患者さんからのご相談の内容や患者さんの主治医から提供を受けた診療情報提供書、診療計画書、検査結果、画像診断等の資料に基づいて判断しますので、本院において、新たな検査や治療は行いません。

さらに、患者さんからのご相談の内容により、セカンドオピニオン外来よりも一般外来を受診した方が良いと判断した場合には、本院の一般外来を受診されることをお勧めする場合があります。

3 受診対象者

患者さんご本人が直接ご相談されることを原則とします。ただし、家族等によるセカンドオピニオン外来の相談に関する同意書（様式第1号）をお持ちいただければ、ご家族等から相談を受けることも可能です。なお、その際には、患者さんとの関係を確認することができる書類（例：健康保険証等）をご持参ください。

4 相談範囲

本院の医師が相談を受けることができる専門領域とします。

5 相談料及び相談時間

セカンドオピニオン外来は、自由診療となります。そのため、健康保険を適用することはできませんので、全額自費負担となります。また、その相談料及び相談時間は、次のとおりです。

(1) 相談料 1回につき（1時間以内） 10,000円

- (2) 相談時間 患者さんからのご相談に対応する時間、ご提供いただいた資料の検討に要する時間及び患者さんの主治医に対する報告書等の作成時間の合計時間となります。

6 相談までの流れ

- (1) はじめに、天童市民病院の地域連携室にお電話ください。セカンドオピニオン外来は、完全予約制となりますので、必ず、事前にご連絡ください。
- ア 受付時間 月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時まで（土曜日、日曜日、祝日及び年末年始の休業日を除きます。）
- イ お問い合わせ先 天童市民病院 地域医療連携室（TEL 023-654-2511）
- (2) 次に、地域医療連携室において、患者様のご相談の内容をお聴きした上、本院においてセカンドオピニオン外来の実施が可能であると判断したときは、天童市民病院セカンドオピニオン外来申込書（様式第2号）を提出していただきます。なお、この申込書は、本院のホームページからダウンロードすることができます。
- (3) 上記(2)のセカンドオピニオン外来申込書を受理した後、本院から患者さんに対して医師へご相談することができる日時をご連絡いたします。
- (4) ご相談される当日は、予約時間までに本院1階の総合受付にお越しください。職員がセカンドオピニオン外来にご案内し、ご相談をお受けいたします。
- (5) ご相談の終了後、必要に応じて、患者さんの主治医に対して報告書（診療情報提供書）を作成いたします。

様式第1号（第3項関係）

家族等によるセカンドオピニオン外来の相談に関する同意書

天童市民病院長 様

私（患者さんの氏名）は、この同意書を持参した（家族等の氏名）に対して、貴院の担当医師が私の疾患に係る診断、治療内容等について意見若しくは判断を述べ、又は私の主治医に対して報告書等を作成することに同意します。

令和 年 月 日

住 所

生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日生

氏 名 ㊟

様式第2号（第6項関係）

天童市民病院セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

天童市民病院長 様

私は、次の内容により、天童市民病院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

患者さんの情報	ふりがな		性別	男・女
	氏名	⑩		
	本院の受診歴の有無	有 ・ 無		
	生年月日・年齢	(大・昭・平・令) 年 月 日生 歳		
	住所	〒 —		
	連絡先電話番号	() —		
相談者	本人 ・ 家族等（続柄等：)			
疾患名				
具体的な相談内容				
受診を希望する診療科	科			
紹介元の医療機関の名称及び医師の氏名	病院・診療所 科 先生			