

セカンドオピニオンについて（説明）

セカンドオピニオンとは、患者様が現在かかられている病気の診断や治療方針について受診中の医療機関（主治医）以外の医師に意見を求める制度です。

患者様自身が診断内容や治療について理解を深めより納得して治療を受けるための参考にすることを目的としておりますので、セカンドオピニオンによる当院での新たな診療や検査、転医等はありません。そのため現在治療中の主治医の行った検査等や治療の過程等の診療情報提供書に基づいて意見（助言）させていただきます。

【 当院の概要について 】

- ・セカンドオピニオンは予約制です（事前にお電話でお申込み下さい）。
電話番号（病院代表）048-866-1717 月～土曜日（日祝休）9時～17時
※予約日時、担当医の調整にお時間をいただく場合がありますので予めご了承下さい。
- ・現在治療中の主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の資料を持参していただくことを前提としています。
持参されない、お忘れになった場合は担当医の判断によりお断りすることがあります。
- ・ご相談は原則患者様本人としますが、やむを得ない事情（入院中等）で来院できない場合は患者様本人の同意がある場合のみご家族の方でお受けします（委任状必須）。
- ・担当する医師は専門性を考慮して当院で決定いたしますが、ご希望の有る場合はお申し出下さい。
- ・相談日時は当院が指定する日時にさせていただきますが、ご事情がある場合はご相談下さい（ご希望に添えないこともあります）。
- ・費用は健康保険の対象外で全額自費になります。

原則60分までとさせていただきます、主治医への報告書作成の時間も料金に含めます。

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| 60分まで | 33,000円（税込） |
| 60分超の場合は、15分ごとに11,000円（税込）加算となります | |

※お時間のカウントは診察室のタイマーにて設定します。

【 セカンドオピニオンをお受けできない事項 】

- ・主治医に対する不満の相談である場合
- ・当院への転医・転院を前提とする場合
- ・当院以外の特定の医療機関（医師）への紹介を前提とする場合
- ・医療訴訟や医療過誤、裁判係争中や提訴予定に関する事の場合
- ・死亡した患者様を対象とする場合
- ・医療費に関する相談、保険会社の給付に関する相談の場合
- ・内容が当院医師の専門外である場合
- ・ご予約の日程調整が困難な場合
- ・セカンドオピニオンに応ずることが困難であると当院が判断した場合
- ・当院のセカンドオピニオン同意書に同意いただけない場合

**** 上記を熟読し、セカンドオピニオンの目的についてご理解の上お申し込み下さい ****

(患者様本人が来院出来ない場合)

医療法人社団松弘会 三愛病院 病院長 殿

委任状

私（患者様本人） _____ は、本同意書を持参しました

代理人 _____（患者様本人との続柄 _____）に

対して、私の病状にかかわる診断内容や今までの治療内容、今後の治療方針等に

関する病状等の内容についてセカンドオピニオンを受けることに同意し、

私の主治医へ報告書が作成されることに同意いたします。

また、下記の事項を遵守することに同意いたします。

- ・主治医に対する不満による相談ではないこと
- ・過去の治療の妥当性や死亡した患者様を対象とした相談ではないこと
- ・医療訴訟や医療過誤、裁判係争中や提訴予定に関する相談ではないこと
- ・医療給付に関する相談、保険会社の給付に関する相談ではないこと
- ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の持参した資料の内容に基づくため当院での新たな診療、検査等を行われないこと
- ・当院または担当医がセカンドオピニオンに応ずることが困難（不適切）であると判断した場合は中止となる、その際はセカンドオピニオンに要した時間分の費用を支払うこと
- ・セカンドオピニオンの内容に異議申し立てを行わないこと
- ・定められた費用を支払うこと

原則60分までの規制が有り、主治医への報告書作成の時間も料金に含まれること

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| 60分まで | 33,000円（税込） |
| 60分超の場合は、15分ごとに11,000円（税込）加算になること | |

年 月 日

署名 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日生

住所 _____

連絡先電話番号 _____

(患者様本人が来院の場合) (患者様本人が来院できず代理人の場合)

医療法人社団松弘会 三愛病院 病院長 殿

セカンドオピニオン 同意書

- ①私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等のセカンドオピニオンを
貴院担当医師に依頼いたします
- ②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
- ③私はセカンドオピニオンを受けるにあたり、下記の事項を遵守することに同意いたします。

- ・主治医に対する不満による相談ではないこと
- ・過去の治療の妥当性や死亡した患者様を対象とした相談ではないこと
- ・医療訴訟や医療過誤、裁判係争中や提訴予定に関する相談ではないこと
- ・医療給付に関する相談、保険会社の給付に関する相談ではないこと
- ・主治医からの診療情報提供書、検査・画像データ等の持参した資料の内容に基づくため当院での新たな診療、検査等を行われないこと
- ・当院または担当医がセカンドオピニオンに応ずることが困難(不適切)であると判断した場合は中止となる、その際はセカンドオピニオンに要した時間分の費用を支払うこと
- ・セカンドオピニオンの内容に異議申し立てを行わないこと
- ・定められた費用を支払うこと

原則60分までの規制が有り、主治医への報告書作成の時間も料金に含まれること

| | |
|---------------------------------|-------------|
| 60分まで | 33,000円(税込) |
| 60分超の場合は、15分ごとに11,000円(税込)加算となる | |

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 同意した日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

| | | | |
|---------------|---|---|----|
| フリガナ 患者様氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | — | — | |
| 携帯電話番号 | — | — | |

●相談者が代理人の場合 (患者様本人の委任状の提出が必要です)

| | | | |
|---------------|---|---|----|
| フリガナ 患者様氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | — | — | |
| 携帯電話番号 | — | — | |

