

大原総合病院セカンドオピニオン外来について

1. 受付場所：総合患者支援センター 地域医療生活連携室

2. 目的

当院以外の医療機関で治療中の患者さまを対象に、専門(特定の疾病)の立場から診断内容・治療法に関しての意見を提供いたします。その意見を患者さまの治療に際しての参考としていただくことを目的とします。

また、相談後の治療は紹介元医療機関に継続していただくことを原則とし、相談内容については紹介元へご報告させていただきます。このため、当院では、新たな検査や治療は行いません。

3. セカンドオピニオン外来の場所

各科外来にて行います。

4. 対象疾患

- リウマチ、膠原病、アレルギー疾患、呼吸器疾患 ●肺癌 ●がんの終末期医療
- 神経内科急性期疾患(遺伝子疾患は除く、脳外科・整形外科・精神科疾患は除く)
- 血管障害、感染症、末梢神経障害 ●胃癌 ●食道癌 ●大腸疾患の診断
- 大腸腫瘍(ポリープ、癌)の診断と内科的治療(内視鏡、化学療法)
- 炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎、クローン病)の診断、治療
- 消化器癌における緩和治療 ●胆膵疾患の診断と内科的治療
- 小児科一般、小児保健 ●外科一般 ●甲状腺・副甲状腺疾患の外科治療
- 末梢神経障害、手の外科、骨折 ●膝関節、足部・足関節
- 耳鼻咽喉科一般 ●頭頸部癌治療、嚥下障害の治療
- 泌尿器科一般 ●皮膚科一般 ●産婦人科一般
- 頭部 CT・MRI 診断、マンモグラフィ診断、胃集団検診

なお、医療事故、訴訟、紹介元医療機関に対する不満、転院希望等に関する相談はお受けできません。

5. 対象者

患者さまご本人の相談を原則といたします。

ただし、患者さまの同意書(実印押印、印鑑証明・本人との続柄を証明する書類添付)をお持ちになればご家族でも可能な場合があります。事前に係までご相談ください。

6. 必要書類(本人の場合)

- ① 紹介元主治医からの「セカンドオピニオン外来診療情報提供書(紹介状)」
 - ② お借りできる限りの検査資料(血液検査結果、超音波検査結果・画像、レントゲン等のフィルム、病理検査報告書等)
- ※検査資料等がない場合は、有効なセカンドオピニオンは提供できません。必ずご持参ください。

7. 相談までのながれ

- ①当院、地域医療生活連携室まで、お電話にてご連絡下さい。
- ②担当者が、相談内容の大筋を伺った後、次の必要書類をお送りいたします。
 - ・ セカンドオピニオン外来について
 - ・ セカンドオピニオン外来申込書
 - ・ 紹介元主治医の先生へのお願い
 - ・ 相談同意書(本人でない場合)
 - ・ セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書
- ③現在受診されている主治医に「紹介元主治医の先生へのお願い」をお渡しのうえ、「セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書」を作成していただき、資料を借りて下さい。
- ④申込書と診療情報提供書(紹介状)を郵送にて地域連携生活連携室へお送り下さい。担当医師が相談内容を確認し、相談日を決定した後、地域連携生活連携室から相談日時等についてご連絡いたします。

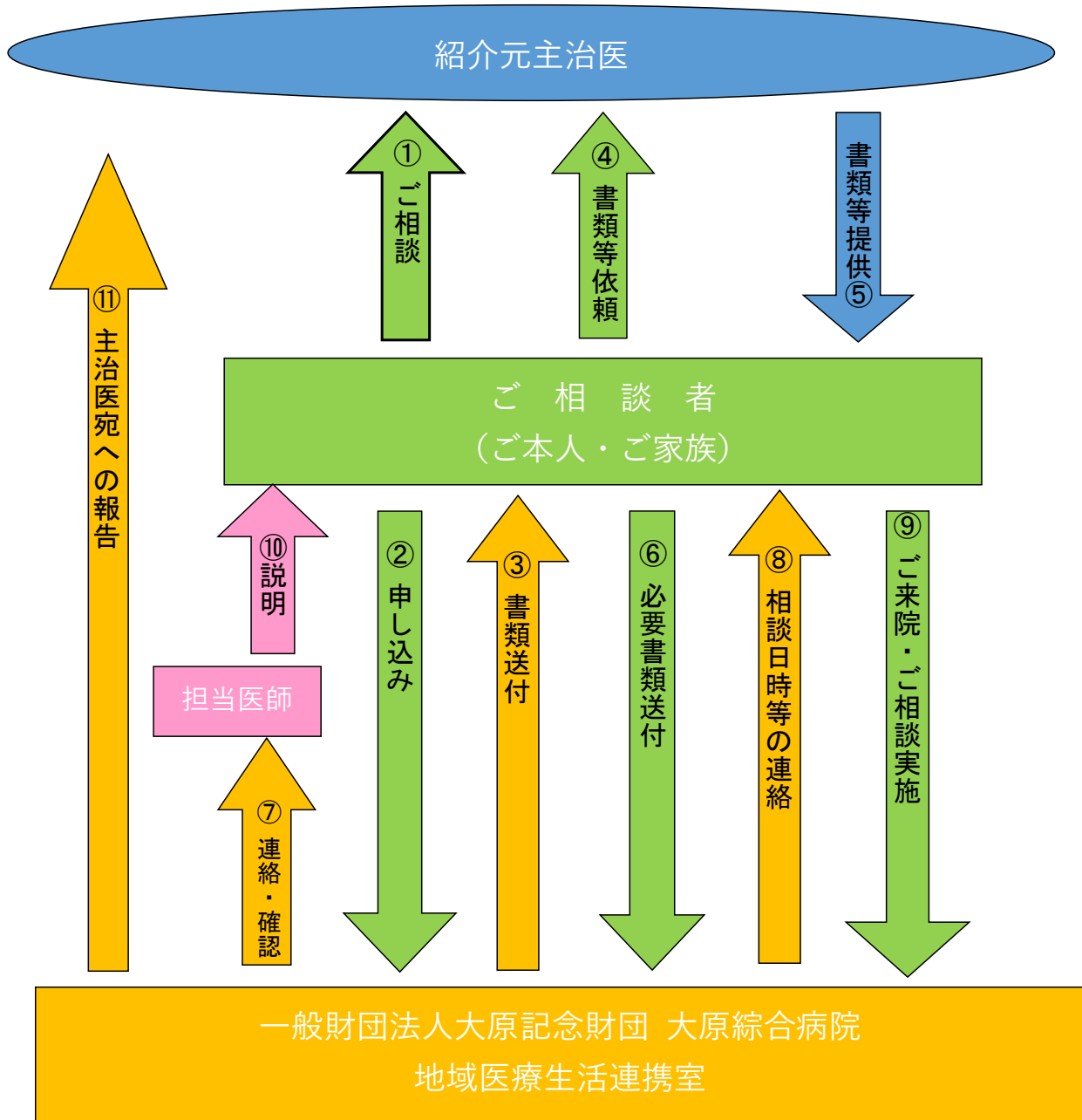
8. 相談時間及び料金

全額自己負担となります(保険適用外です)。
20分 11,000円(税込み)となります。延長時間はございません。

9. セカンドオピニオン外来のながれ

- ①(相談者) 現在受診されている主治医に相談しセカンドオピニオンの了解を得てください。
- ②(相談者) 電話にて、当院、地域医療生活連携室へご連絡ください。(相談申込み)
- ③(地域医療生活連携室) 必要書類を郵送いたします。
- ④(相談者) 現在受診されている主治医に紹介状・検査結果資料等をご依頼下さい。
- ⑤(相談者) 現在受診されている主治医より紹介状・検査結果資料等の提供を受けて下さい。
- ⑥(相談者) 申込書・紹介状を当院、地域連携相談室へ郵送して下さい。
- ⑦(地域医療生活連携室) 地域連携相談室では、当院担当医師と相談の可否・相談日時調整を行います。
- ⑧(地域医療生活連携室) 相談者へ、相談の可否・実施日時の連絡を行います。
- ⑨セカンドオピニオン実施
- ⑩(当院担当医師) 相談者へ意見書を発行いたします。
- ⑪(地域医療生活連携室) 現在受診されている主治医へ意見書を送付いたします。

診療フローチャート



お問い合わせ

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院 地域医療生活連携室
〒960-8611 福島市上町6番1号 024-526-0371(直通)
受付時間:月曜日～金曜日 13時30分～16時00分(祝祭日・年末年始を除く)

令和 年 月 日

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院 殿

セカンドオピニオン外来申込書

以下の内容に同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

- ① 医療訴訟等の目的で使用しないこと
- ② 自由診療による定められた料金を支払うこと(健康保険適用外)

ふりがな 申込者氏名	印	生年月日	T.S.H 年 月 日生
患者氏名		患者との続柄	本人・家族()
ご相談希望	第1希望 令和 年 月 日() AM・PM 時		
予約日時	第2希望 令和 年 月 日() AM・PM 時		
[ご相談の目的と内容]			
患者様の現在の状況 入院中・通院中・その他()			
入院中又は通院先医療機関			
医療機関名: _____ 主治医名 _____			
住 所: _____			
電 話: _____ () _____			

《以下病院処理欄》

受診日時	令和 年 月 日() AM・PM 時 分～
担当医名	科 医師名
相談場所	申込者への連絡日 . . . 済

- *ご相談当日には、借用可能な限りの検査等資料を持参願います。
- *相談時間は、原則 20 分。料金は 11,000 円(税込)です。
- *ご相談希望日時に添えるよう調整は致しますが、医師の都合等によりご希望に添えない事もありますので予めご了承ください。

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院 地域医療生活連携室

令和 年 月 日

病院・医院・クリニック

先生侍史

ご担当主治医の先生へのお願い

平素より当院病診連携に関しまして格別のご配慮を戴き、誠にありがとうございます。

さて、この度、貴院の患者様である_____様が当院のセカンドオピニオン
外来受診を希望されました。

当院のセカンドオピニオン外来では、これまでの診断や治療内容等を私ども担当医師が専門の領域による意見や判断をお伝えし、今後の治療に関する患者様の自己決定の参考にしていただくことを目的としております。以上の目的から、当院では、新たな検査や治療等を実施いたしませんので、ご多忙のところ大変恐縮ですが、これまでの診断や治療内容につきまして、別紙「セカンドオピニオン外来受診用診療情報提供書」を記載いただくとともに、検査資料等の借用をご了承願いたく存じます。

なお、当院での相談内容等につきましては、相談終了後に改めてご報告申し上げます。

先生におかれましては、是非とも当院のセカンドオピニオン外来の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院

院長 小山 善久

令和 年 月 日

診療情報提供書 (セカンドオピニオン外来受診用)

患者氏名・性別	_____ 様 (男・女)
生年月日(年齢)	M・T・S・H・R 年 月 日生(歳)
疾患名	#1. _____ #2. _____ #3. _____
重症度分類、 ステージ等	
現病歴 (別紙用紙への記載可)	
現在の治療・処方内容	
今後の治療方針	
記載医氏名等	医療機関名 _____ お名前 _____ 印 ご住所 _____ 電話 _____

一般財団法人大原記念財団 大原総合病院
セカンドオピニオン外来 殿

相 談 同 意 書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参し、(ご相談者氏名) _____
(続柄) _____ に対して、貴院担当医師から、私の疾病についての診断・治療等、今後の
見通し等についての意見や判断を頂くことに同意いたします。

また、それらの相談内容等を私の主治医に対し、報告書が作成されることにしても同意い
たします。

* (患者氏名)、(ご相談者氏名)、(続柄)をご記入願います。

令和 年 月 日

患者様ご氏名 _____ 実印

生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 月 日 生

【添付書類】 患者さまの印鑑証明、患者さまと相談者との続柄を証明できる書類