

## セカンドオピニオン外来について

### 【セカンドオピニオンの目的】

- ・かかりつけの先生から病気と治療のお話は聞いたけれども、別の専門医の話も聞いてみたいと考えている方のためにあります。  
新たな検査や治療は行いません。

### 【セカンドオピニオン外来を受けることができる方】

- ・現在、他の病院や診療所にかかっている患者さまやそのご家族の方が受けることができます。尚、ご家族だけで相談を受けられる場合は委任状が必要です。

### 【診療科別セカンドオピニオン対象疾患】

- ・以下にない疾患（病気）についてはご相談をお受けできませんので、ご了承ください。
- ・婦人科、外科、呼吸器外科、消化器内科、化学療法、肝臓内科

### 【セカンドオピニオン外来にお応えできない場合】

- ・かかりつけ医に対する不満、医療過誤および裁判係争中に関する相談
- ・医療費の内容、医療給付に関わる相談
- ・死亡された患者さんを対象とする場合
- ・かかりつけ医が了解していない場合
- ・特定の医師・医療機関への紹介を希望されている場合
- ・相談に必要な資料（診療情報提供書、検査データ、レントゲンフィルム等）をお持ちでない場合
- ・相談内容が当院の専門外である場合
- ・予約外の場合

### 【セカンドオピニオン外来の申し込み方】

- ・完全予約制です。  
お電話もしくは受付（月～金曜日 9:00～15:00 ただし土日・祭日は除く）にてお申込みください。
- ・セカンドオピニオンを申し込まれる際は、診療情報提供書や検査データなどが必要となりますので、本院のセカンドオピニオンを受けることを主治医に了承頂いたうえでご連絡ください。
- ・実施日につきましては、通常の外来診察日時になります。
- ・セカンドオピニオンを受けられる場合は、カルテ作成のため、患者さまの保険証が必要になりますので、ご持参ください。

### 【料金】

- ・1回30分以内10,000円、30分以上60分まで20,000円、その後30分毎に、5,000円の追加料金が発生します。税抜きの料金になっています。
- ・自由診療のため健康保険は使えません。すべて自費負担となります。

2016.3.10

宮崎善仁会病院

セカンドオピニオン 申込書

宮崎善仁会病院 殿

この度、貴院にてセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、自由診療として定められた金額を支払うことについても同意のもと、申し込みいたします。

なお、治療効果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

(フリガナ) 患者氏名		男 女	生年 月日	M T S H ( 歳)	年 月 日
住所	〒 電話 携帯 F A X Eメール				
(フリガナ) 相談者氏名		男 女	生年 月日	M T S H ( 歳)	年 月 日
住所	患者との続柄 ( ) 〒 電話 携帯 F A X Eメール				
(1) 病名					
(2) ご相談者の具体的な内容					
(3) 現在の入院先または通院先					
・所在地 :					
・医療機関名 :					
・主治医氏名 :					
・電話 :					

※以下の欄には記入しないでください。当院で記入いたします。

受付年月日	平成 年 月 日	受付者 :
担当診療科	科	相談医師名
相談日時	平成 年 月 日 ( 曜日)	時 分

# 委任状

平成 年 月 日

【代理人】

住所

氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 男・女

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することを委任します。

住所

氏名

印

連絡先 TEL ( ) —

代理人との関係