

独立行政法人国立病院機構敦賀医療センター

セカンドオピニオン外来のご案内

1. セカンドオピニオン外来の目的：

セカンドオピニオン外来では、当院以外の主治医におかかりの患者様を対象に、診断内容や治療法に関して当院の専門医が意見・判断を提供致します。その意見や判断を、患者様ご自身の治療に際してご参考にしていただくことが目的です。患者様からのお話や、主治医の先生からの資料の範囲で判断を下すことになり、原則として当院で新たな検査や治療は行いません。

セカンドオピニオンは現在の診断・治療に関しての意見を提供することが本来の目的ですから、主治医の情報提供が必要です。また、当院のセカンドオピニオン外来ではその場で転医をお勧めすることはありません。最初から転医をご希望の場合は、セカンドオピニオン外来の対象となりませんので一般外来を受診して下さい。

2. セカンドオピニオンの対象となる方

ご本人の受診を原則と致しますが、「相談同意書」をお持ちになればご家族だけでも相談が可能です。なお、相談者が家族の場合及び患者様が未成年の場合は、続柄を確認できる書類（健康保険証等）をお持ち下さい。

3. セカンドオピニオン対象疾患

お申し込みの相談内容について、セカンドオピニオン外来担当医が予め判断した上で、実際の受診の可否を決定致します。内容によってはお断りする場合がございますのでご了承下さい。

診療科	対象疾患
外科	食道がん、胃がん、大腸がん等の消化器がんに対する外科療法と薬物療法、肝胆膵がん治療、胆石症等の外科治療、腸閉塞、他一般外科治療に関すること
循環器内科	循環器科一般、心臓カテーテル検査の適応、心筋生検の適応、心臓手術の適応に関すること

4. セカンドオピニオンをお受けできない場合

- i) 予約外の場合
- ii) 当院から指定された資料（診療情報提供書、検査データ、X-P 等）をお持ちでない場合
- iii) 家族受診の場合で患者本人の「同意書」をお持ちでない場合
- iv) 主治医に対する不満、医療過誤及び裁判係争中に関する相談
- v) 最初から「転院」を希望されている場合
- vi) 相談内容が当院の専門外である場合

5. セカンドオピニオン日時、担当医

(ア) 相談時間

外 科：毎週金曜日午後 13：00 から 16：00 まで
循環器内科：毎週木曜日午後 13：00 から 16：00 まで

(イ) 担当医師

外 科：飯田副院長
循環器内科：和田循環器内科部長

(ウ) 診察室

外科は脳神経外科外来で行います。
循環器科は内科第 8 診察室で行います。

- 相談は完全予約制です。お申し込み頂いた後に、当方から相談日時をご連絡致します。
- 相談時間は 1 人につき 30 分とし、相談内容によって最大 30 分間延長致します。

6. 相談費用

- 基本料金（30 分まで）10,000 円（本体）（消費税込 10,800 円）、
超過料金（30 分超 60 分まで）+5,000 円（本体）（消費税込+5,400 円）
- ご相談が終了したあとに伝票を会計窓口で提出していただき、相談料金を支払窓口
でお支払いいただきます。
- お問い合わせ、ご予約には料金はかかりません。キャンセルは可能です。

7. セカンドオピニオンまでの流れ

- ① お電話にて、国立病院機構敦賀医療センター 地域医療連携室にご連絡下さい。ご
相談の概要と資料の説明を致します。
TEL 0770-25-1600（代）、FAX 0770-25-0354（地域医療連携室直通）
- ② 「申込書」を、敦賀医療センター地域医療連携室に FAX あるいは郵送でお送り
下さい。

- ③ 「申込書」に基づき、受診日時を決定しご連絡致します。
- ④ 当院でレントゲンフィルムの読影または病理標本の診断が必要な場合は、事前にレントゲンフィルム等を持参していただき、読影、診断後にセカンドオピニオンの予約日を決めさせていただきます。
- ⑤ 相談当日は、総合案内にお越し下さい。
- ⑥ 相談後、支払窓口でお支払いをお願いします。

8. セカンドオピニオンに持参していただくもの

必須項目

- i) 相談同意書（家族の場合）
- ii) 続柄を示す書類（患者が未成年で相談者との関係を示す）
- iii) 診療情報提供書
- iv) 血液検査の結果
- v) レントゲン検査のフィルム

症例に応じて必要なもの

- i) 超音波検査の結果と画像
- ii) MRI 検査、CT 検査のフィルム
- iii) 病理検査の報告書
- iv) 病理標本

9. その他

- ① 主治医の先生からの情報や、検査資料がない場合には、一般的なお話しが出来ず、有効なセカンドオピニオンは提供できませんので、診療情報提供書、検査資料を必ずお持ち下さい。
- ② セカンドオピニオン外来を受診した当日に、当病院の一般外来のご予約はできません。翌日以降に受診申し込み下さい。

2. 当院の連絡先

独立行政法人国立病院機構 敦賀医療センター 地域医療連携室

〒 914-0195 福井県敦賀市桜ヶ丘町 33-1

TEL 0770-25-1600（内線）241

FAX 0770-25-0354（地域医療連携室直通）

（土・日・祝祭日・年末年始を除く）

(別紙 4)

国立病院機構 敦賀医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 _____

患者さんの氏名、性別	殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL FAX
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄)
ご相談の希望日	年 月 日頃
傷病名	#1 #2 #3
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です)	
主治医の医療機関と、お名前、所在地、電話番号 (おわかりになる範囲で結構です)	() 病院・診療所 () 科 () 先生 所在地 電話番号

【確定内容 (病院記載欄)】

相談日時	年 月 日 時 分
担当医	科 先生
相談場所	診療科診察室・その他

- * ご相談当日には紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- * 料金は 30 分まで 10,000 円 (本体) (消費税込 10,800 円) です。全額自費で健康保険は適用されません。
- * ご相談日はご希望に添うように調整致しますが、他の患者さんの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

