

セカンドオピニオンのご案内

1. セカンドオピニオンについて

セカンドオピニオンとは、患者自身の病気に対する診断や治療方針等について、より良い決定をするために、現在診療を受けている医師(担当医)以外の専門的な知識を持った第三者に「意見」を求めることをいいます。

2. 目的

当院以外の医療機関を受診した患者さんに対して、当院の専門医が診断内容や治療方針に関して専門的立場から意見や判断を提供し、患者さん自身の治療に際して参考にしていただくことを目的としています。

また、当院受診患者であって、他の医療機関の専門医の意見や判断を求められる場合においても同様とします。

3. 対象診療科目

精神科を対象としています。

4. 相談をお受けできる方

原則は、患者さん本人とします。但し、同意書を提出することにより家族（一親等以内）でも可能です。

尚、以下の場合、相談をお受けできません。

- ・最初から当院での治療を希望している場合(通常診療となります)
- ・相談内容が専門外である場合
- ・当院への転院や治療、訴訟などを目的とした場合
- ・かかりつけ医が了解していない場合
- ・必要な資料（診療情報提供書、検査データ、CT、MRI等）が不足している場合
- ・患者本人が死亡されている場合
- ・医療費や医療給付に関する相談の場合
- ・医療事故・医療過誤および訴訟に発展する恐れがある相談と思われる場合
- ・相談内容に対応できる専門医が当院にいない場合
- ・その他、当院がセカンドオピニオンの求めに応じることが困難であると判断した場合

5. 相談手続き

当院の専門医と相談の上で日時を決定し、地域連携室より相談者に連絡いたします。

1) 当院の専門医にセカンドオピニオンを受ける場合

原則は患者さんご本人が別紙「セカンドオピニオン申込書」によりお申込みください。

本人以外のご家族（一親等以内）からのご相談の場合は別紙「同意書」も添付してください。

申込書の他に、現在受診している担当医の診療情報提供書、検査データ、CT、MRI等必要なものをご提出ください。

2) 他の医療機関でセカンドオピニオンを受ける場合

当院の担当医による診療情報提供書、検査データ、CT、MRI等必要と思われるものをご提供ください。

6. 費用及び実施方法

健康保険適用外となるため全額自己負担となります。

時間は原則 60 分以内とし、22,000 円（消費税込み）

60 分を超えた場合は 30 分毎に 5,500 円（消費税込み）を加算いたします。

医療法人杏仁会 神野病院

セカンドオピニオン外来申込書

自由診療の料金として定められた金額を支払うことを了承した上で、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日

患 者	氏 名	フリガナ		
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 電話番号 (自宅:) 電話番号 (携帯:)		
相 談 者	氏 名	フリガナ	続柄	
	住 所	〒 必ず連絡の取れる電話:		
疾 患 名				
診 療 科	精神科 (希望科に○を付けて下さい)			
希 望 日	受診希望日 (複数日):			
ご 相 談 内 容				
受診している 医 療 機 関	_____ 病院・診療所 _____ 科 主治医氏名 _____			

- ・ 現在受診している医療機関から紹介状と資料をお持ちください。
- ・ 料金は、60分以内で 22,000円 (消費税込み) 情報提供書料を含みます。
(以降 30分毎 5,500円追加料金となります。)

神野病院

セカンドオピニオン同意書

令和 年 月 日

私は、下記相談者が私の疾病に対する診断及び治療方針について、神野病院のセカンドオピニオンを受けること、相談者に私の病状について診断や治療方針等の意見を述べること、および主治医に情報提供することを同意いたします。

本人氏名 (署名) _____

代理人氏名 (署名) _____ (続柄)

相談者氏名 (署名) _____ (続柄)

神野病院