

長野赤十字病院セカンドオピニオン外来 説明書

I セカンドオピニオンを希望される方へ

【セカンドオピニオンとは】患者さんが疾患や治療法の理解を深め、より良い治療法を選択することができるように、現在診療を受けている担当医とは別に、異なる医療機関の医師に「第二の意見」を求めることです。なお、セカンドオピニオンを求めることにより患者さんが不利益を被ることはありません。

【方針】セカンドオピニオン外来では、診療行為（検査・治療等）は行いません。医療上のご意見を申し上げるのみになります。

【予約制です】セカンドオピニオン外来は完全予約制です。

【時間と料金は？】一回あたりの時間*は60分を原則とし10,000円（税別）です。延長の場合は30分を限度とし5,000円（税別）を加算します。なお、セカンドオピニオン外来は保険診療外（自由診療）です。

※「時間」には医師の事前資料確認および報告書作成の時間を含みます。

II 当院のセカンドオピニオン外来の受診方法

- ① 次頁お問い合わせ先まで電話でお問い合わせいただくか、直接がん相談支援センターにおいてになり、お申し込みください。
- ② 現在診療中の主治医に「（長野赤十字病院で）セカンドオピニオンを受けたい」旨をお話してください。また、診療情報提供書の作成及びFAX送信、必要な資料（検査結果・画像）の提供をご依頼ください。診療情報提供書等は、がん相談支援センターへ直接お持ちになることも可能です。
- ③ 当院から予約日時・場所をご本人あてにご連絡いたします。
- ④ 患者さんご本人の来院を原則といたしますが、ご本人以外の場合は委任状が必要となります。
- ⑤ 原則事前に資料等を、がん相談支援センターへ郵送またはご持参ください。
 - ※ なお、申し込みの際には、確認のため看護師から患者さんの現在の状況などにつき、若干聞き取りをさせていただきますのでご了承願います。
 - ※ ホームページをご覧の方は、この用紙を印刷し、申込書・委任状（必要時）に記載のうえセカンドオピニオン外来当日にご持参ください。

III セカンドオピニオンをお受けできない場合

- ・ 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中の事柄に関する相談
- ・ 死亡された患者さんを対象とする場合
- ・ 治療結果の良し悪しの判断を目的とする場合
- ・ 現在診療を担当している主治医の紹介状が無い場合
- ・ 医療費の内容、医療給付に関わる相談
- ・ 相談内容が当院の専門外である場合
- ・ 予約外の場合（改めて予約をお取りします）
- ・ 交通外傷・労働災害の患者さんに関する相談（当院では担当窓口が別にあります）

長野赤十字病院セカンドオピニオン外来 申込書

長野赤十字病院長 あて

上記内容に同意して申し込みます。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

長野赤十字病院セカンドオピニオン外来 説明書

I セカンドオピニオンを希望される方へ

【セカンドオピニオンとは】患者さんが疾患や治療法の理解を深め、より良い治療法を選択することができるように、現在診療を受けている担当医とは別に、異なる医療機関の医師に「第二の意見」を求めることです。なお、セカンドオピニオンを求めることにより患者さんが不利益を被ることはありません。

【方針】セカンドオピニオン外来では、診療行為（検査・治療等）は行いません。医療上のご意見を申し上げるのみになります。

【予約制です】セカンドオピニオン外来は完全予約制です。

【時間と料金は？】一回あたりの時間*は60分を原則とし10,000円（税別）です。延長の場合は30分を限度とし5,000円（税別）を加算します。なお、セカンドオピニオン外来は保険診療外（自由診療）です。

※「時間」には医師の事前資料確認および報告書作成の時間を含みます。

II 当院のセカンドオピニオン外来の受診方法

- ① 次頁お問い合わせ先まで電話でお問い合わせいただくか、直接がん相談支援センターにおいてになり、お申し込みください。
- ② 現在診療中の主治医に「（長野赤十字病院で）セカンドオピニオンを受けたい」旨をお話してください。また、診療情報提供書の作成及びFAX送信、必要な資料（検査結果・画像）の提供をご依頼ください。診療情報提供書等は、がん相談支援センターへ直接お持ちになることも可能です。
- ③ 当院から予約日時・場所をご本人あてにご連絡いたします。
- ④ 患者さんご本人の来院を原則といたしますが、ご本人以外の場合は委任状が必要となります。
- ⑤ 原則事前に資料等を、がん相談支援センターへ郵送またはご持参ください。
 - ※ なお、申し込みの際には、確認のため看護師から患者さんの現在の状況などにつき、若干聞き取りをさせていただきますのでご了承願います。
 - ※ ホームページをご覧の方は、この用紙を印刷し、申込書・委任状（必要時）に記載の上、セカンドオピニオン外来当日にご持参ください。

III セカンドオピニオンをお受けできない場合

- ・ 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中の事柄に関する相談
- ・ 死亡された患者さんを対象とする場合
- ・ 治療結果の良し悪しの判断を目的とする場合
- ・ 現在診療を担当している主治医の紹介状が無い場合
- ・ 医療費の内容、医療給付に関わる相談
- ・ 相談内容が当院の専門外である場合
- ・ 予約外の場合（改めて予約をお取りします）
- ・ 交通外傷・労働災害の患者さんに関する相談（当院では担当窓口が別にあります）

長野赤十字病院セカンドオピニオン外来 申込書

長野赤十字病院長 あて

上記内容に同意して申し込みます。

年 月 日

患者氏名

印

《お問い合わせ：電話》（9：00～17：00）
がん相談支援センター 026（226）4131（病院代表）

《FAX》
がん相談支援センター 0120-012126（フリーダイヤル）
もしくは 026（226）6114
地域医療連携室 026-226-5513

《郵送》 〒380-8582
長野市若里五丁目22番1号
長野赤十字病院 がん相談支援センター 宛

※FAXの際はお間違えのないよう充分お気をつけて送信してください。

長野赤十字病院長 あて

委任状

私は下記の代理人に、私の診断治療に関するセカンドオピニオンを受けることの一
切の件を委任します。

記

代理人氏名

代理人住所

患者との関係

以上

年 月 日

患者氏名 _____ 印

注：この書面は原則全て患者本人が記入してください。