

## 医療法人 寺尾病院 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を申し込みいたします。

記入日：平成 年 月 日 記入者氏名： \_\_\_\_\_

患者さま	お名前	フリガナ _____	生年月日	明・大 年 月 日生 昭・平 ( 歳)	
	ご住所	〒 _____			
	ご連絡先	(自宅) _____ - _____ (携帯) _____ - _____			
ご相談者様 (上記と同じ場合は省略可)	お名前	フリガナ _____	続柄	_____	
	ご住所	〒 _____			
	ご連絡先	(自宅) _____ - _____ (携帯) _____ - _____			
ご相談の希望日時(※1)		平成 年 月 日 ( 時頃)			
疾患名	#1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____				
ご相談の具体的内容 (ご自由にご記入ください。欄が不足する場合は、別紙でも結構です。)					
主治医の情報 (お分かりになる範囲で結構です)	病院名： _____ 診療科／医師名： _____ 科 / _____ 医師 所在地： _____ 電話： _____ - _____ 資料： <input type="checkbox"/> 手元にある <input type="checkbox"/> これから準備 ( 月 日までには揃う予定)				

(※1) ご相談の希望日時は、月～金曜日(診療日に限る)の9:00～11:30、14:00～16:00まで、相談時間は1時間までとさせていただきます。

[確定内容 (当院記載欄)]

受諾	<input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 否 (理由： _____)			
相談日時	平成 年 月 日 ( 曜日)	時	分	
担当医	科	医師		

**【注意事項】**

- (1) 料金は30分までは5,400円(税込み)、30分を超えると10,800円(税込み)となります(健康保険適用外で全額自費になります)。
- (2) ご相談の内容によっては、お受けできない場合がございます。
- (3) ご相談日は、ご希望に沿うよう調整いたしますが、他の患者さまの治療の都合もありますので、ご希望に沿えないことがあります。
- (4) 通常の外来診療の中で行いますので、予約時間から前後する場合がございます。

連絡先：熊本市北区小糸山町759 医療法人 寺尾病院 地域医療連携室 電話：096-272-0601

## 医療法人 寺尾病院 セカンドオピニオン外来 同意書

医療法人 寺尾病院 院長 殿

私は、セカンドオピニオンを受けるに際して、以下の1.～5.の事項に同意いたします。

1. セカンドオピニオンは、患者さまから提供された情報に基づいて、主治医の診断及び治療内容について意見や判断を述べるものであり、治療及び検査等を行わないこと。
2. 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は行わないこと。
3. 患者さまは、原則として主治医に戻ることに。また、セカンドオピニオンの内容を主治医へ報告すること。
4. 転院を希望される場合は、改めて紹介状を持参していただくこと。
5. セカンドオピニオンの費用として、30分までは5,400円（税込み）、30分を超えると10,800円（税込み）を支払うこと。なお、この金額・時間には、「主治医への返書代」及び「持参された資料の判読時間」を含みます（相談時間は、1時間までとさせていただきます）。

平成 年 月 日

(患者さま) 氏 名 : \_\_\_\_\_ ㊟

※ご家族等の場合は代理人の方の署名、捺印をお願いします。

氏 名 : \_\_\_\_\_ ㊟ (続柄 : \_\_\_\_\_)

## セカンドオピニオン外来 委任状

医療法人 寺尾病院 院長 殿

私、(患者さまの氏名) \_\_\_\_\_ は、本委任状を持参した

(代理相談者氏名) \_\_\_\_\_ (患者さまとの関係: \_\_\_\_\_ )

に対して、セカンドオピニオン担当医師が私の病状に関する診断および治療内容、今後の見通しなどについて意見や判断を述べることに同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 : \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

※下線部に患者さまご本人の直筆でご記入ください。直筆が困難で、代筆される場合は、必ず捺印をお願いいたします。患者さま本人の署名以外で捺印のないものは無効となります。

※来院当日、代理の相談者はご自身を証明できるものをお持ちください（運転免許証、健康保険証など）。

## 当院でのセカンドオピニオンを希望される方へ

### 1. セカンドオピニオンについて

- ・ 現在の主治医からの紹介状や、必要な資料をもとに、当院の医師が治療に対する意見を述べさせていただきます。
- ・ 当院では、相談内容に関しての診察、検査等を行いません。
- ・ ご相談後は、当院医師から現在の主治医へ文書にて報告いたしますので、必ず主治医の医療機関へお戻りいただきます。
- ・ 主治医とご相談の結果、当院での診療をご希望の場合は、改めて主治医からの紹介状をいただき、外来受診していただきます。
- ・ 相談者は、患者さまご本人であることを原則としますが、やむを得ぬ事情により患者さまご本人が来院できない場合は、ご家族も対象とします。その際は、ご本人の委任状が必要です。
- ・ セカンドオピニオンは予約制となっております。事前のお申し込みが必要です。
- ・ セカンドオピニオンは通常の外来診療の中で行います。したがって、予約時間を過ぎてしまう、お待ちいただく、時間が十分に取れない等の可能性がありますので、ご了承ください。
- ・ 費用は、30分まで5,400円、30分超60分まで10,800円（税込み）となります（健康保険は適用されません）。

### 2. セカンドオピニオンを受けるには、

- ・ 現在、治療を受けておられる主治医からの紹介状が必要です。
- ・ 主治医に「寺尾病院でセカンドオピニオンを受けたい」旨お話いただき、紹介状と必要な資料（主治医から渡された画像フィルム、検査データ等）をご用意ください。

### 3. お申し込み方法

- ・ お手元に紹介状と必要な資料の準備ができた段階で、申込書・同意書・委任状（相談者が患者さまご本人以外の場合）をご記入のうえ、地域医療連携室へお申し込みください。
- ・ 受諾の可否や日程についてはお申し込み後、担当者からご連絡させていただきます。

### 4. セカンドオピニオンをお受けできない場合

- ・ 現在の主治医からの診療情報等の提供がない場合
- ・ 患者さまご本人以外の方で、患者さまご本人からの委任状をご持参いただけない場合
- ・ 当院での診療、入院目的での相談
- ・ ご相談の内容が当院医師の専門外の場合
- ・ 医療事故、訴訟に関する相談
- ・ 死亡した患者さんを対象とする相談
- ・ 過去の診療に関する相談
- ・ 主治医に対する不満
- ・ その他、当院ではお受けできないと判断した場合

○セカンドオピニオンに関する問い合わせ○

地域医療連携室

月曜～土曜（休診日除く）9:00～17:00

電話：096-272-0601（代表）