

宮崎県立宮崎病院セカンドオピニオン外来のご案内

宮崎県立宮崎病院がん相談窓口

1. 目的

現在受診中の担当医の診断内容や治療法に関して第三者である当院の専門医の意見や判断を提供することで、患者さんが今後の治療方針を決定する際の参考にしていただくことです。

2. 概要

通常の診療行為とは異なるため、新たな検査、処置、治療行為は行いません。

自由診療扱いで、一回あたり30分程度11,000円（消費税込み）

完全予約制

場所は各診療科

対象疾患は原則5大がん（肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん）と食道がん、すい臓がん、胆道がんの8疾患とします。5大がん以外の疾患は、外科医師担当のみします。

対応医師は申込内容により各診療科で決定します。

3. 対象者

相談は原則として患者本人、ただし、本人の同意があればご家族（配偶者、親、子、兄弟）の方だけでも受診可能です。

現在受診中の担当医から診療情報提供書や検査結果・X線写真等の資料の提供が受けられる方に限定します。

患者さんの疾患が、当院のセカンドオピニオン対応疾患の場合に限ります。

その他、申込内容によっては、受診をお断りする場合があります。

この制度を利用しての当院への転院はできません。

4. 予約・受診手順

① 患者さん（またはご家族）は、当院医療連携科がん相談窓口（Tel0985-38-4107）に電話で申し込みます。

② 相談したい概要等、申込に当たって必要な事項の確認を行い、申込手続きを説明し書類（セカンドオピニオン外来のご案内、様式1、様式2、様式3、様式4）をお送りします。

③ 書類（様式1、様式2、様式3、様式4）に記入後、検査等の資料を添えてご郵送ください。

様式2（紹介元医療機関の様式でも可）は、現在受診中の担当医にお願いしてください。

様式4は、本人の場合は不要です。

〒880-8510 宮崎市北高松町5-30 宮崎県立宮崎病院 がん相談窓口宛

④ 申込書類を受理したら、該当診療科と予約日を調整します。

⑤ 予約日が決定したら、患者さん（またはご家族）にお知らせします。

⑥ 予約日にセカンドオピニオン外来を実施します。

- ⑦ 診療後、診療済みカードを会計窓口に出して診療費をお支払いいただきます。
- ⑧ 後日紹介元の医師へ報告書を送付します。

お受けできないケース

主治医に対する不満、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

死亡した患者さんを対象とする場合

主治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

当院から指定された相談に必要な資料（診療情報提供書・検査データ・X線写真など）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

県立宮崎病院 セカンドオピニオン申込書

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

患者さん	(フリガナ) 氏名・性別	(フリガナ) 様 (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生(歳)
	住所	〒
	電話番号	
	携帯番号	
申込者	(フリガナ) 氏名	(フリガナ)
	患者との続柄	本人・家族(続柄)
	住所	〒
	電話番号	
	携帯番号	
疾患名		
ご相談の具体的な内容		
主治医 について	病院・診療所名	
	所在地	
	電話番号	
	診療科	
	主治医名	
患者さんは以前に宮崎県立宮崎病院の受診歴がありますか (はい・いいえ)		
「はい」の場合は診察券番号がわかればご記入ください ()		

紹介状 (診療情報提供書)

宮崎県立宮崎病院

セカンドオピニオン外来
科
先生

平成 年 月 日

紹介元医療機関名
所在地
電話番号
担当医師

患者 氏名 _____ 様 (男・女)
生年月日 (明治、大正、昭和、平成) 年 月 日生 () 歳
住所

疾患名 1
2
3

重症度分類、ステージなど

現病歴

現在の治療内容、処方内容

今後の治療方針

様式3
(患者さんが来院される場合)

相談同意書

宮崎県立宮崎病院長 殿

私は、貴院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟等の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

同席者氏名 _____
(患者との続柄)

同席者氏名 _____
(患者との続柄)

代理相談同意書

平成 年 月 日

宮崎県立宮崎病院長 殿

患者^{しめい}氏名： _____ 印

住 所： _____

電話番号： _____ (_____) _____

私は、貴病院セカンドオピニオン外来を別紙申込書により申し込み、下記事項に同意いたしました。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
2. 訴訟の目的に使用しないこと
3. 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

また、下記の者に私の病状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料を持参させ、大阪大学医学部附属病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

相談者 _____ (続柄 _____) 連絡先 _____

相談者 _____ (続柄 _____) 連絡先 _____

相談者 _____ (続柄 _____) 連絡先 _____

*注1：患者さんご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

*注2：相談者は、相談者本人を証明するもの（保険証、運転免許証等）をご持参ください。