

## セカンドオピニオン外来について

### 【セカンドオピニオンの目的】

かかりつけの先生から病気や治療のお話は聞いたけれども、別の専門医の話も聞いてみたいと考えている方のためにあります。新たな検査や治療は行いません。

### 【セカンドオピニオン外来を受けることができる方】

現在、他の病院や診療所にかかっている患者さまやご家族の方が受けることができます。なお、ご家族の方だけで相談を受けられる場合は、委任状が必要になります。

### 【セカンドオピニオン外来に対応する診療科】

以下の診療科（疾患・治療）のみ、セカンドオピニオンの対応が可能です。それ以外の診療科については、ご相談をお受けできませんので、ご了承ください。

外科・呼吸器外科・消化器内科・呼吸器内科・循環器内科・関節リウマチ・化学療法

### 【セカンドオピニオン外来にお応えできない場合】

- ・かかりつけ医に対する不満、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
- ・死亡された患者さまを対象とする場合
- ・かかりつけ医が了承していない場合
- ・特定の医師、医療機関への紹介を希望されている場合
- ・相談に必要な資料（診療情報提供書、検査結果、レントゲンフィルム等）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

### 【セカンドオピニオン外来の申し込み方法】

- ・完全予約制です  
医療福祉サービスセンターにて受け付けています。お電話もしくは受付にてお申し込みください。
- ・現在のかかりつけの先生からの診療情報提供書や検査結果等が必要になります。本院のセカンドオピニオンを受けることに了承をいただき、書類作成を依頼した上でご連絡ください。
- ・実施日につきましては、通常の外来診療日になります。時間は、対応する医師により異なりますので、相談、調整をさせていただきます。
- ・セカンドオピニオンを受けられる際、カルテ作成のために患者さまの保険証が必要になります。セカンドオピニオン申し込みと併せて当院受付までご持参ください。

### 【料金】

自由診療のため、健康保険は使えません。全て自費負担となります。

1回30分以内11000円、30分以上60分まで22000円、その後30分ごとに5500円の追加料金が発生します。税込みの料金になっています。

令和 年 月 日

セカンドオピニオン 申込書

宮崎善仁会病院 殿

この度、貴院にてセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者および家族ともにその趣旨を理解し、自由診療として定められた料金を支払うことにも同意し、セカンドオピニオンを申し込みいたします。なお、治療効果の評価・医療費用・医療給付・医療訴訟などに関する相談はいたしません。

(フリガナ) 氏名	男 女	生年 月日	M・T・S・H・R 年 月 日 歳
住所	〒 電話 ( ) 携帯 ( )		
(フリガナ) 家族氏名	男 女	生年 月日	M・T・S・H・R 年 月 日 歳
住所	患者との続柄 ( ) 〒 電話 ( ) 携帯 ( )		
(1) 病名			
(2) ご相談の具体的な内容			
(3) 現在のかかりつけ医 医療機関名： 主治医氏名：			

※以下の欄には記入しないでください。当院で記入いたします。

診療科	科	担当医師名	
相談日時	令和 年 月 日 ( )	時 分	

# 委任状

令和 年 月 日

【代理人】

住所

氏名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 男・女

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することを委任します。

【委任者】

住所

氏名

印

連絡先

代理人との関係