

独立行政法人国立病院機構敦賀医療センター

セカンドオピニオン外来のご案内

1 セカンドオピニオン外来の目的

セカンドオピニオン外来では、当院以外の主治医におかかりの患者様を対象に、診断内容や治療法に関して当院の専門医が意見・判断を提供いたします。

その意見や判断を患者様のご自身の治療に際してご参考にさせていただくことが目的です。

患者様からのお話や、主治医の先生からの資料の範囲で判断を下すことになり、原則として当院で新たな検査や治療は行いません。

セカンドオピニオンは現在の診断・治療に関する意見を提供することが本来の目的ですから、主治医の情報提供が必要です。また、当院のセカンドオピニオン外来ではその場で転医をお勧めすることはありません。

最初から転医をご希望の場合は、セカンドオピニオン外来の対象となりませんので一般外来を受診してください。

2 セカンドオピニオンの対象となる方

ご本人の受診を原則といたしますが、「相談同意書」をお持ちいただければ、ご家族だけでもご相談が可能です。

なお、相談者が家族の場合及び患者様が未成年の場合は、続柄を確認できる書類（健康保険証等）をお持ちください。

3 セカンドオピニオン対象疾患

お申し込みの相談内容について、セカンドオピニオン外来担当医が予め判断したうえで、実際の受診の可否を決定いたします。内容によってはお断りする場合がございますのでご了承ください。

診療科	対象疾患
外科	食道がん、胃がん、大腸がん、肝がん、胆道がん、すい臓がん、乳がん等の外科療法と薬物療法、胆石症等の外科治療、腸閉塞、他一般外科治療に関すること。
呼吸器外科	肺がん
循環器科内科	循環器科一般、心臓カテーテル検査の適応、心筋生検の適応、心臓手術の適応に関すること。
血液内科	白血病、多発性骨髄膜、悪性リンパ腫

4 セカンドオピニオンをお受けできない場合

- i) 予約外の場合

- ii) 当院から指定された資料（診療情報提供書、検査データ、X-P 等）をお持ちでない場合
- iii) 家族受診の場合で患者本人の「同意書」をお持ちでない場合
- iv) 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
- v) 最初から「転院」を希望されている場合
- vi) 相談内容が当院の専門外である場合

5 セカンドオピニオン日時・担当医

(ア) 相談時間

外 科	毎週金曜日	13:00 から 16:00 まで
呼吸器外科	第2・4月曜日	11:30 から 12:00 まで
循環器内科	毎週木曜日	13:00 から 16:00 まで
血液内科	毎週水曜日	13:00 から 15:00 まで

(イ) 担当医師

外 科	
消化器がん	飯田院長
乳がん	前田医師
呼吸器外科	岡田医師
循環器内科	和田循環器内科部長
血液内科	井上内科部長

○相談は完全予約制です。お申し込みいただいた後に、当方から相談日時を連絡させていただきます。

○相談時間は1人につき30分とし、相談内容によって最大30分間延長いたします。

6 相談費用

○基本料金（30分まで）10,000円（本体）（消費税別）

超過料金（30分超60分まで）+5,000円（本体）（消費税別）

○ご相談が終了したあとに伝票を会計窓口で提出していただき、相談料金を支払窓口でお支払いいただきます。

○お問い合わせ、ご予約には料金はかかりません。キャンセルは可能です。

7 セカンドオピニオンまでの流れ

①お電話にて、国立病院機構敦賀医療センター地域医療連携室にご連絡ください。セカンドオピニオンの概要と資料の説明をいたします。

TEL 0770-25-1600（代）

FAX 0770-25-0354（地域医療連携室直通）

②「申込書」を敦賀医療センター地域医療連携室にFAXまたは郵送でお送りください。

③「申込書」に基づき、受診日時を決定し連絡させていただきます。

- ④ 当院でレントゲンフィルムの読影または病理標本の診断が必要な場合は、事前にレントゲンフィルム等を持参していただき、読影、診断後にセカンドオピニオンの予約日を決めさせていただきます。
- ⑤ 相談当日は、総合案内にお越しください。
- ⑥ 相談後、支払窓口でお支払いをお願いします。

8 セカンドオピニオンに持参していただくもの

必須項目

- i) 相談同意書（家族の場合）
- ii) 続柄を示す書類（患者が未成年で相談者との関係を示すもの）
- iii) 診療情報提供書
- iv) 血液検査の結果
- v) レントゲン検査のフィルム

症例に応じて必要なもの

- i) 超音波検査の結果と画像
- ii) MRI 検査、CT 検査のフィルム
- iii) 病理検査の報告書
- iv) 病理標本

9 その他

- ① 主治医の先生からの情報や検査資料がない場合には、一般的なお話しが出来ず、有効なセカンドオピニオンは提供できませんので、診療情報提供書、検査資料を必ずお持ちください。
- ② セカンドオピニオン外来を受診した当日に、当病院の一般外来のご予約はできません。翌日以降に受診申し込みください。

10 当院の連絡先

独立行政法人国立病院機構敦賀医療センター 地域医療連携室

〒 914-0195 福井県敦賀市桜ヶ丘町 33-1

TEL 0770-25-1600（内線）241

FAX 0770-25-0354（地域医療連携室直通）（土・日・祝日・年末年始を除く。）

(R 元. 9. 27 一部改定)

国立病院機構敦賀医療センター 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うえ、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。

令和 年 月 日 氏名 _____

患者様の氏名・性別	殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL FAX
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄)
ご相談の希望日	年 月 日頃
傷病名	#1 #2 #3
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関名、お名前、所在地、電話番号 (おわかりになる範囲で結構です。)	() 病院・診療所 () 科 () 先生 所在地 電話番号

【確定内容 (病院記載欄)】

相談日時	年 月 日 時 分
担当医	科 先生
相談場所	診療科診察室・その他 _____

- * ご相談当日には紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ちください。
- * 料金は 30 分まで 10,000 円 (本体) (消費税別) です。全額自費で健康保険は適用されません。
- * ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、他の患者さんの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。

