セカンドオピニオン外来受診に際してのご案内

目的

当院以外の医療機関に受診の患者さまを対象に、現在の診断や今後の治療法などについて、当院の専門医が意見や判断を提供します。その意見や判断を参考に、患者さまがより納得して現在の治療を受けられるように、あるいは十分な情報提供を受けたうえで治療方法を選択できるように支援することを目的としています。患者さまからのお話や主治医からの情報提供の範囲で判断をすることになるため、当院では新たな検査や治療などは行いません。

相談の対象となる方

ご本人の相談を原則としますが、同意書をお持ちの場合はご家族だけでも相談は可能です。なお、患者様が未成年の場合や来院・対話ができる状態でない場合は、続柄を確認できる書類(健康保険証など)が必要です。

相談内容

- * 病状・治療方針・治療経過の説明に納得はしているが、今一度他の医療機関の専門医に再確認したい時
- * 治療方針に同意を求められているが、今一つ決心できない時
- * 現在の治療に不安を感じる時
- * 病状や治療経過の説明に納得がいかない時・・・など

対象とならない場合

1. 患者本人と家族以外からの相談
2. 主治医に対する不満、医療事故及び裁判係争中に関する相談
3. 転医希望の相談
4. 精神疾患に関する相談
5. 医療費の内容、医療給付に関する相談
6. 死亡された患者様を対象とする場合
7. 診療情報提供書および検査資料を持参できない場合
8. 相談内容が当院医師の専門外である場合

相談時間及び料金

相談時間は1時間を限度とします。セカンドオピニオンは自由診療で行います。保険証は使用できません。料金は30分まで7560円、1時間まで10800円(いずれも消費税込みです)。

申し込み方法

完全予約制となっておりますので、現在おかけの病院・医院等をとおして 岡山光南病院 医療サービス課にお申込み下さい。相談は完全予約制です。尚、お返事には2～3日かかります。当日のお返事は出来ませんのでご了承下さい。

セカンドオピニオンを希望される方は当院・医療サービス課に連絡を頂ければ申込書一式を郵送します。相談日当日は外来受付・医療サービス課窓口にお越しください。

必要書類

- ① 紹介状及び貸出された検査所見

- ② セカンドオピニオン相談同意書(代理人である場合)
- ③ セカンドオピニオン申込書
- ④ 患者さまが未成年の場合は続柄を証明できる書類

お申込み・お問合せ先

岡山光南病院 医療サービス課 TEL 086-282-0555(代表)
受付時間 9:00~16:00 (月~金) 祝祭日 日曜 年末年始は除く

セカンドオピニオン相談同意書

医療法人 自由会
岡山光南病院長 殿

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参した依頼者が、私の家族であり、私の疾患に関してセカンドオピニオンを受け専門医の診断および治療内容や予後についての意見や判断を述べ、私の主治医に報告書が作成されることについても同意いたします。

平成 年 月 日

患者住所

患者氏名 _____ ㊟

セカンドオピニオン申込書

平成 年 月 日

下記のとおり、セカンドオピニオンを申し込みます。

1 患者氏名 _____

年 齢 _____ 歳

住 所 _____

2 依頼者氏名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____

3 診 断 名 _____

4 受診医療機関 _____

主 治 医 _____

5 現在の症状 _____

6 今までの経過 _____

7 主治医からの説明 _____

8 相談内容 _____

他医療機関のセカンドオピニオン受診を希望された場合の手順

1. 患者さまの意見を尊重し、意向に沿うように対処する。
2. セカンドオピニオンを希望される医療機関が明確な場合はその意思を尊重し、医療サービス課を通じてその医療機関のセカンドオピニオン外来情報を収集し、患者さまに提供する。
3. セカンドオピニオンを希望される医療機関が明確でない場合は、患者さま・家族の意向を拝聴し、複数の医療機関を提示して最終的に患者さま本人の意思決定を尊重する。
4. 医師は紹介状を書き、必要と思われる関係検査所見を患者さまの承諾のもとに貸出とする（貸出手続きは他の貸出手続きと同等である。）。