

＜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

福島県立医科大学附属病院は、「県民と共に歩みます：健康を支える医療・心温まる医療を目指して！」という基本理念のもとに、

- 1 命と人権とプライバシーを尊び、高い倫理観のもと、患者さん一人ひとりと心の通い合う心温まる医療を目指す
- 2 患者さん一人ひとりのニーズにこたえる最高水準医療、先進医療の提供
- 3 県民の未来を支える誠実かつ優秀な医療人の育成
- 4 地域との連携を重視し、新しい医療、よりよい医療の創造
- 5 日々進歩する医療の県内、全国、そして世界への情報発信

以上5つの目標を掲げ、診療を行っていますが、特に大学病院として最高水準医療、先進医療を提供する専門医の立場から患者さんのニーズに応えるためにセカンドオピニオン外来を実施しております。

セカンドオピニオン外来では現在受診中の担当医の診断内容や治療法に関して、当院の専門医の意見・判断を提供させていただきます。その意見や判断を、患者さんがご自身の治療に際しての参考にさせていただくことが目的です。患者さんからのお話や担当医の先生からいただく資料の範囲内で判断を下すこととなりますので、当院において新たな検査や治療は行いませんのでご注意ください。

なお、セカンドオピニオンは現在の診断・治療について意見を提供することが本来の目的ですから、現在受診中の担当医からの診療情報提供書、画像・検査結果等の資料が必要です。

2 セカンドオピニオン外来の対象者

- (1) 相談は、患者さんご本人を原則とします。ただし、ご本人の同意書があればご家族（配偶者、親、子、兄弟）の方だけでも受診可能です。
- (2) 現在受診中の担当医から診療情報提供書や画像・検査結果等の資料提供が受けられる方とさせていただきます。
- (3) 患者さんの疾患が、当院のセカンドオピニオン対応疾患である場合に限りさせていただきます。

3 セカンドオピニオン外来の受診時間および料金

- (1) セカンドオピニオン外来は自由診療で行われます。健康保険は使えませんのでご注意ください。
- (2) 1人について最大60分まで（相談時間45分、担当医への報告書作成時間15分）とします。
- (3) 相談を担当する医師は、当院のセカンドオピニオン対応疾患を担当する診療科から専門性等を考慮して、原則として当院で決定いたします。医師の指定がある場合は別途ご相談ください。
- (4) 診療情報提供書を作成していただいた現在受診中の担当医への報告書作成費も含めまして、費用は1回 32,400円（税込み）です。
- (5) 受診は完全予約制です。お申込みを頂いたのちに、当院から受診日をご連絡いたします。

4 セカンドオピニオン外来の流れ

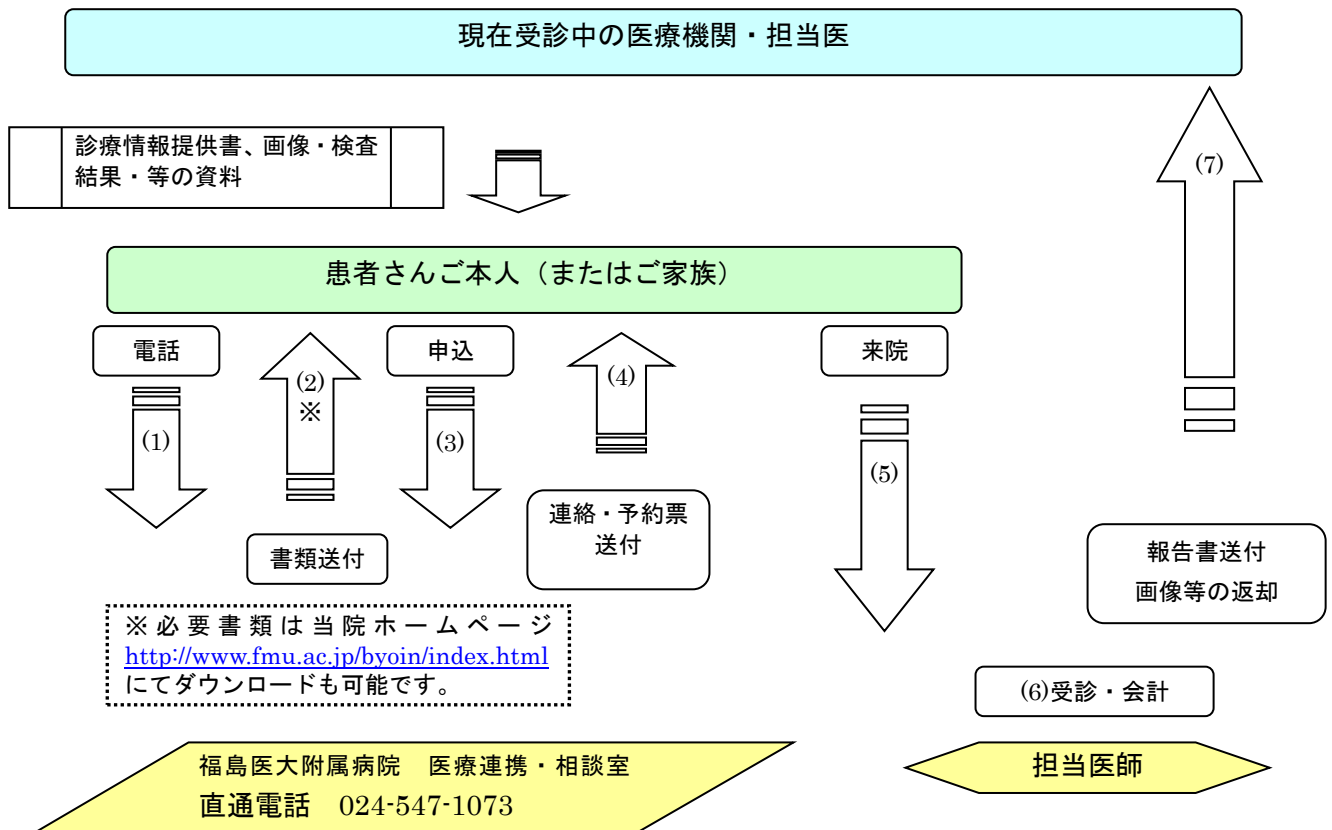
- (1) まずはお電話にて、福島県立医科大学附属病院 医事課「医療連携・相談室」(024-547-1073)にご連絡ください。なお、予約決定までお時間をいただきますので、あらかじめ受診まで余裕を持って手続きをお願いいたします。
- (2) ご相談の概要を伺い、ご用意いただきたい書類についてご案内し、以下の書類を送付いたします。
 - ① セカンドオピニオン外来のご案内（当案内書）
 - ② セカンドオピニオン外来申込書・・・別紙様式1
 - ③ セカンドオピニオン外来相談同意書（受診者がご家族の場合のみ必要）・・・別紙様式2

※ なお、当院ホームページにも様式を掲載してありますので、ダウンロードすることも可能です。

- (3) セカンドオピニオン外来申込書を郵送（あるいは直接持参）にて医事課「医療連携・相談室」あてにお送りください（誤送・紛失の恐れがありますので、FAX・E-mailによる送付はご遠慮願います）。**なお、外来申込書を送付いただく際に、現在受診中の担当医の先生から、「診療情報提供書」、「画像・検査結果等の資料」、等の資料類につきましても、あわせて送付をお願いいたします。外来実施の事前に相談概要の把握、担当する医師の準備をさせていただきます。**
- (4) 申込書を受理しましたら相談内容を確認の上、受診の可否、受診日時及び担当医を決定し、予約日時につきましてご連絡し、予約回答書を送付いたします。
- (5) 受診日当日は、総合受付①番窓口にて受付をしていただきます。受付終了後、担当者が外来へご案内いたします。
- (6) 外来終了後、会計窓口で診療費用をお支払いいただきます。
- (7) 後日、担当医へ報告書を送付いたします（患者さんが画像等の資料を原本でお借りしてきた場合には、原則として外来終了後、患者さんにお返しいたします。なお、外来を担当した医師が必要と判断した場合は、一時お預かりしてコピーさせていただき、後日、担当医に直接返送いたします）。

※ セカンドオピニオン外来では診断書・証明書は発行いたしませんのでご注意ください。

セカンドオピニオン外来の流れ



5 セカンドオピニオンの提供をお断りする場合

- (1) 現在受診中の医療機関・担当医の先生に対する不満や苦情、医療訴訟を目的とした相談、診療費に関する相談等については一切お受けいたしません。なお、受付後あるいは相談時にこれらの内容と医師が判断した場合には、セカンドオピニオンの提供を途中でお断りする場合がございます。
- (2) 最初から転医を希望される場合や、現在受診中の担当医からの情報提供がない場合はセカンドオピニオンの相談をお断りします。その際は、当院一般外来の受診をおすすめします。
- (3) その他、申込の内容等を判断し相談をお断りする場合がありますので、ご了承ください。

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、以下の内容で福島県立医科大学附属病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 氏名 印

患者氏名	フリガナ	男・女	患者生年月日	明治・大正・昭和・平成
				年 月 日
患者住所	〒	患者電話番号		
ご相談者の 連絡先 (ご本人の場合 は続柄にチェッ クのみで結構で す)	氏 名 _____			
	住 所 _____			
	電話番号 _____			
	続 柄 <u>ご本人・ご家族(続柄 _____)</u>			
現在の状況	医療機関名称		主治医 (_____) 科	
			(_____) 先生	
	病名・症状			
相談内容 (欄が不足の場 合は別紙でも結 構です)				
その他				

※以下は病院記入欄ですので、記入しないでください。

申込み受付年月日		受付番号	
摘 要			

※ 当申込書の送付は郵送または直接持参をお願いいたします。FAX による送付はご遠慮願います。

セカンドオピニオン外来相談同意書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院長 殿

私（患者さま氏名）_____は、本同意書を持参しました

（ご相談者）_____に対して、貴院担当医師が私の

疾患に関する現在の主治医の診断および治療内容等について意見や判断を述べ、私の主治医

あてに報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日 患者さま氏名 _____ 印

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生