

# 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10,800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）と食道がんの6疾患とする

対応医師は申込内容により各診療科で決定

## 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は現在受診中の担当医にお願いしてください。

本人の場合、様式4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 予約日を決定したら患者さん（またはご家族）にお知らせし、予約回答書を紹介先病院にお送りします。

⑥ 予約日にセカンドオピニオン外来を実施します。（当日は、お送りした予約回答書を

ご持参ください)

- 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

## セカンドオピニオン申込書

宮崎県立宮崎病院長 殿

この度、貴院にてセカンドオピニオンの提供を受けたく、その趣旨を理解し、申し込みます。

(医療訴訟、治療結果の評価、医療費、医療給付などに関する相談はいたしません。)

現在かかっている医療機関名

所属科

所在地

担当医

TEL

FAX

フリガナ

患者氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 男・女

フリガナ

相談者氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 男・女

ご相談の具体的な内容

当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。

診察券番号

## 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

添付資料に○印をおつけください（X線写真・CT・MRI・内視鏡・超音波・心電図・検査記録・その他）

## 受診同意書

貴病院セカンドオピニオン外来を受診するに際し、必要事項を了解しました。  
別紙の申込書を記入のうえセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

平成 年 月 日

患者氏名 印

受診者氏名  
(患者との続柄 )

注1：受診者氏名は、受診者が患者本人の場合でも記入してください。

## 代理受診同意書

平成 年 月 日

宮崎県立宮崎病院長 様

患者氏名： 印

住 所：

電話番号：

私は、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、宮崎県立宮崎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（代理受診者）

氏名

患者との続柄

連絡先TEL・FAXなど

注1：患者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。