

セカンドオピニオン外来

ご案内

セカンドオピニオン（第二の意見）とは、病気の診断や治療法について、今かかっている医師以外から意見を聞くことをいいます。

当院では、患者様が自分の病気に関して十分に納得したうえで、治療方針などを決定なさるためのお手伝いをさせていただこうと考えています。このため、今かかっておられる医療機関からの紹介状と必要資料の提供があれば、当院の医師からセカンドオピニオンを提供いたします。

なお、当院を受診なさっている患者様で、当院以外の医師の意見をお求めになりたい場合には、主治医にその旨をお伝え下さい。

セカンドオピニオンの対象となる方

患者様ご本人又はご家族で、今かかっている医療機関からの紹介状とレントゲンフィルム及び検査結果等の必要資料をご用意いただける場合に限りです。

ただし、ご相談者が本人以外の場合は、本人自筆の「相談同意書」が必要です。

セカンドオピニオンの対象とならない場合

訴訟を目的とした相談

現在受診中の医療機関に関する苦情

診療費用に関する相談

転院・転医を目的とした相談

当院に専門医が不在の疾病に関する相談

セカンドオピニオンの対象診療科

呼吸器科、循環器科、消化器科、呼吸器外科、整形外科

ご用意いただくもの

紹介状（主治医にお願いして下さい。）

検査結果及びレントゲンフィルム等

相談時間及び料金

全て完全予約制で患者様お一人につき1回1時間を限度とし、料金は1回につき10,500円とします（消費税込み）。

なお、健康保険は適用されませんので、全額自己負担となります。

申し込みの手続き

完全予約制ですので、事前に地域医療連携室まで電話若しくはFAXで申し込み下さい。相談日時については担当医師と調整のうえ、後日連絡いたします。

問い合わせ先

〒791-0281

愛媛県東温市横河原366

国立病院機構愛媛病院 地域医療連携室

電話 (089) - 990 - 1896

FAX (089) - 990 - 1896

平成 年 月 日

相 談 同 意 書

国立病院機構 愛媛病院長 殿

(患者様ご本人)

生年月日

住 所

氏 名

印

私はこの度、本同意書を持参しました下記の者が、貴院医師より私の疾病
についての診断及び治療内容について、セカンドオピニオンを受けることを
同意します。

(ご家族)

住 所

氏 名

印

患者様との関係

国立病院機構愛媛病院 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、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日

氏 名

印

患者様のお名前	フリガナ	男・女	患者様の 生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
相談される方のお名前	フリガナ	男・女	患者様との続柄	
相談される方のご住所・電話番号 (当院からのご連絡先)	〒 - 電話番号 () - FAX () -			
<p>(1) 患者様の現在の状況(いずれかを で囲んでください)</p> <p style="text-align: center;">・入院中 ・通院中 ・その他 ()</p> <p>(2) 入院中(入院した)または通院中(通院した)の病院及び診療科名</p> <p>(3) 病 名</p> <p>(4) 医師に相談したい内容(もしご希望の医師がありましたら、それもお書き下さい)</p>				

注意事項

事前に、紹介状及びX線フィルム・検査結果等の資料を提出下さい。
 料金は、1回1時間を限度とし、10,500円です。(消費税込み)
 健康保険は適用になりませんので全額自己負担となります。

〔確定内容(病院記載欄)〕

電話受付日	平成 年 月 日 ()	担当医師	
相談日	平成 年 月 日 ()	相談時間	時 分 ~ 時 分