

当院でセカンドオピニオンを希望される方へ

当院では、患者様のこれからの治療方法を患者様自身が選択、決定することができるようセカンドオピニオンを実施しています。別の観点から、より専門的な意見を聞きたい、手術を受けるかどうか決めかねている、などの悩みをもつ患者さんやそのご家族の方に対して、当院の専門の医師が診療内容や治療方法に関して、参考となる情報や意見を提供します。

1 セカンドオピニオンとは

- ◆ 一般的には患者様の選択を尊重した医療を提供するために、現在診療を受けている医師とは異なった医師の意見を求めることをセカンドオピニオンと言います。
- ◆ 当院で行うセカンドオピニオンは、当院以外の医療機関で診療中の患者様が、これからの治療方法を自ら選択、決定することを支えるために行うものです。その医療機関から提供された検査データ等の診療情報に基づいて、治療に関する質問への回答や治療方法の紹介など患者様の相談に応じるものです。
- ◆ 当院への転院や外来診療に直ちにつながるものではなく、原則として相談後は、現在治療を行っている医療機関へ戻っていただき治療を続けることとなります。

2 対象となる方

- ◆ 当院では患者様本人を対象として実施します。
- ◆ ただし、次の場合は家族の方でも実施します。
ア 患者様が 15 歳未満である場合
イ 患者様が高齢者などで判断能力が不十分である場合。（この場合は、現在の主治医に患者様が合理的判断の出来ない状態であることを、提出いただく紹介状に記載してもらってください。）

3 対象となる疾患等

- ◆ 別紙の医師が実施しますので、その医師が実施する疾患のみが対象となります。
- ◆ 現在受診している医療機関の苦情、医療事故等に関する訴訟のため意見、亡くなられた患者さんに関する相談、診療費に関する相談などのケースは実施できません。

（注意）対象疾患に該当する場合であっても、申込書の内容等を判断し、受診をお断りする場合がございますのでご了承ください。

4 用意していただくもの

- ◆ 現在治療中の医療機関に対して、セカンドオピニオンを他の病院で受けたいと申し出ていただき、現在の主治医に紹介状（診療情報提供書）作成していただく必

要があります。また、紹介状（診療情報提供書）とあわせて、診断、経過などの判断に必要な画像診断ファイルや検査結果を提出していただく必要があります。

(1) 現在治療中の医療機関へ申請してご用意いただくもの

a 現在の主治医の紹介状（診療情報提供書）

現在診療中の医療機関での治療や検査結果等について記載されたもの。

患者さんが高齢者などで判断能力が不十分である場合で家族の方が面談を希望される場合には、主治医に合理的判断が出来ない状態であることを、診療情報提供書に記載してもらってください。

b 画像診断のフィルム、CD-Rなど

CTやMRI、レントゲン等を撮影している場合にご用意ください。

（コピーでも結構です）。

c 検査の結果

紹介状（診療情報提供書）に記載があれば必要ありません。

(注意) セカンドオピニオン外来では検査や治療行為は行いません。必要な資料の提供が受けられない場合、適切な情報提供が行えないためセカンドオピニオン外来の受診をお断りする場合がございます。

(2) ご自身でご用意いただくもの

a 保険証

b 医療証

c 家族が面談される場合は、

- ・患者さん本人の同意書
- ・委任されたご家族を証明できるもの（免許証、保険証等）

5 相談時間

30分～1時間程度です。

(注意) 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了承ください。

6 料金

- ◆ 患者様ご本人の場合保険診療しますが、実施日現在入院中の方は自費診療となります。（保険の場合：通常2千円～4千円程度、自費の場合：1万円～1万4千円程度）
- ◆ ご家族の場合、自費診療となります。（自費の場合：1万円～1万4千円程度）

7 申込書の手順

◆ 受診中の医療機関経由で申し込む場合

- ・地域医療連携窓口にて当院でのセカンドオピニオン予約を依頼してください。
紹介元医療機関の地域医療連携窓口担当者様は、当院ホームページから、セカンドオピニオン申込書をダウンロードし必要事項を記入後、診療情報提供書と共に当院地域医療連携センターに FAX でお申し込みください。

◆ 患者さんご自身で申し込まれる場合

- ・当院ホームページから、セカンドオピニオン申込書をダウンロードし必要事項を記入後、準備して頂きました診療情報提供書（画像等）と共に当院地域医療連携センター宛に郵送またはご持参ください。（事前にお問い合わせください）

- ◆ 希望日時につきましては、ホームページ上のセカンドオピニオン外来一覧を参考に、選んでください。
- ◆ 申込書及び診療情報提供書が当院到着後、内容を確認し予約手続きをいたします。
- ◆ 希望の日時で実施できない場合もございますので、ご了承ください。
お申し込みから相談実施日まで10日程度日数を頂くことがあります
- ◆ 申込書の内容等から、受診をお断りする場合がございますのでご了承ください

※お手続きについて不明な場合は、事前に下記にお問い合わせください。

8 連絡先

名古屋市立大学医学部附属 西部医療センター 地域医療連携センター

住所 〒 462-8508

名古屋市北区平手町1丁目1番地の1

病院代表

電話番号 052-991-8121

地域医療連携センター 直通

電話番号 052-991-8145

FAX 番号 052-856-0049