

## 日本大学病院 セカンドオピニオン外来申込書

|                                  |  |                              |        |  |
|----------------------------------|--|------------------------------|--------|--|
| 患者                               | 受診歴  | 当病院に受診したことはありますか。( ある ・ ない ) |        |  |
|                                  | フリガナ   |                              | 男女     | 西暦 ・ M ・ T ・ S ・ H ・ R   |
|                                  | 氏名   |                              |        | 年 月 日生 歳   |
|                                  | 住所   | 〒                            |        | TEL — —  |
| 相談者                              | フリガナ   |                              | 患者との続柄 | 平日8:30～16:30で病院名でご連絡可能なご連絡先をご記入ください。<br>第一連絡先〔自宅・携帯・その他( )〕<br>TEL — —<br>第二連絡先〔自宅・携帯・その他( )〕<br>TEL — — |
|                                  | 氏名   |                              |        |  |
|                                  | 住所   | 〒                            |        |  |
|                                  |  |                              |        |  |
| 希望診療科 (必ずご記入ください)                |  | 相談希望医師(ご希望があればご記入ください)       |        |  |
| 【 科】                             |  | 【 先生】                        |        |  |
| ※ご希望にそえないことがありますので、あらかじめご了承ください。 |  |                              |        |  |
| 病名                               |  |                              |        |  |
| 今までの経過                           |  |                              |        |  |
| 現在の状況                            |  |                              |        |  |
| 相談の目的                            |  |                              |        |  |
| 受診している医療機関                       | 病院名: _____<br>診療科: _____ 科 主治医: _____ 先生   |                              |        |  |
| 相談日<br>同席予定者                     | 1. 患者本人のみ      2. 患者本人、家族( )<br>3. 成年患者家族のみ(同意書必須)      4. 未成年患者家族(親権者)(同意書不要)   |                              |        |  |
| 相談日<br>について                      | 休診日を除く平日9:00～15:00, 土曜日9:00～12:00で担当医とスケジュール調整をいたします。<br>・どうしてもご都合のつかない曜日や時間帯がございましたらご記入ください。<br>( )<br>(あまり多い場合、日程調整が困難となり、お断りする場合がございますのでご了承ください。) |                              |        |  |

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申し込みます。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日      相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

# セカンドオピニオン外来のご案内

## ○セカンドオピニオンとは

セカンドオピニオンとは病気やけがの治療を受ける方がより良い治療法を選択し、納得、安心して治療を受けられるよう、病気や治療法について主治医以外の専門医に「第二の意見」を求めることをいいます。

## ○日本大学病院セカンドオピニオン外来について ※完全予約制

各診療科の教授・准教授が専門分野について、当院以外の医療機関で十分な病状説明を受けている方に対し、現在の主治医からの医療情報をもとに診断内容や治療法などについて助言を行い、今後の治療方針や治療内容等を現在の主治医と決定する際の参考となるよう「第二の意見」を提供することを目的としております。そのため、セカンドオピニオン外来では新たな検査や治療は行いませんので、主治医からの診療情報提供書(紹介状)・検査結果、画像診断に係る画像情報等が必要となります。

※ 当院での検査や治療をご希望の方は、セカンドオピニオンではなく一般診療となります。別途紹介状をご用意の上、予約センター(直通:03-5577-3448)で一般外来ご予約頂きますようお願いいたします。

## ○相談者となる方 ※精神疾患に関する相談はお受けいたしておりません。

- ・ 成年患者本人
- ・ 成年患者本人の同意を得たご家族(やむを得ぬ事情により患者本人が来院できない場合に限る)

※ 基本3親等以内

病状等により同意書の記入ができない場合は、そのことを確認できる書類をご用意ください。

- ・ 未成年患者の親権者(※続柄を確認できる書類(本人及び親権者の健康保険証など)をご用意ください。)

## ○相談対象外となる場合

- ・ 紹介状や資料等をご用意いただけない場合
- ・ 主治医がセカンドオピニオンを受けることを了承していない場合
- ・ 相談内容に対する専門医が当院に不在の場合
- ・ 主治医に対する不満、苦情等の相談
- ・ 医療過誤の照会、訴訟に関する相談
- ・ 死亡した方を対象とする相談
- ・ すでに終了している治療に対しての相談
- ・ 医療費、医療給付に関する相談
- ・ 予約外の相談
- ・ 外国語による紹介状や外国語による説明を要する場合は、お受けできないことがあります。

## ○相談担当医および相談日

- ・ 相談担当医の希望がある場合は、申込書の希望相談医師欄にご記入ください。また、診療情報提供書(紹介状)に医師名が記載されている場合には、申込書の資料・紹介状欄にご記入ください。

※ご希望にそえないことがありますので、あらかじめご承知ください。

- ・ 診療科医師が可否を判断し、相談可の場合は専門分野を考慮し、相談担当医を決定します。
- ・ 相談不可の場合には、事務局よりお電話にてご連絡します。
- ・ 相談担当医のスケジュールにより相談日時の調整をします。相談者から相談日時の指定がある場合、都合の悪い日が多い等の場合には、日程調整が困難となり、相談をお断りする場合があります。

## ○費用 ※全額自費(健康保険は適用されません)

相談料：30分を原則とし最長60分までとします。

30分まで 11,000円(消費税込み)

30分超60分まで 22,000円( " )

## ○申し込みから相談終了までの流れ

- 1 現在の主治医に、セカンドオピニオンを希望する旨を伝え、診療情報提供書(セカンドオピニオン用)及び画像・検査データ等資料をご用意ください。
- 2 当院ホームページから申込書を印刷の上ご記入ください。(印刷できない方はお電話にてご請求ください。)  
「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容をご了承の上でご署名、ご捺印ください。  
ご家族だけで相談の場合は、同意書も印刷の上、各項目をご記入ください。(未成年患者の相談を除く)  
※希望診療科をご自身で決められない場合は現在の主治医に相談されることをお勧めします。

- 3 全ての項目事項をご記入後、下記<送付先>まで、診療情報提供書と画像・検査データ等をお送りください。  
※内容確認のため事務局よりご連絡する場合があります。

### <送付書類>

- \* セカンドオピニオン外来申込書
- \* 診療情報提供書(セカンドオピニオン用)
- \* 検査結果・画像データなどの資料
- \* 患者本人同意書(家族のみで相談の場合)※未成年患者の相談は除く
- \* 同意書の記入ができない場合は、そのことを確認できる書類

※ 相談をお受けした場合、病理診断用プレパラートを除き、ご提出の資料(診療情報提供書・検査・画像データ等)は返却しません。

### <送付先>

〒101-8309 東京都千代田区神田駿河台1-6

日本大学病院 医事課 セカンドオピニオン担当(可能な限り追跡可能な郵便または宅配便をご利用下さい。)

- 4 各診療科の相談担当医師が診療情報提供書及び検査・画像データ等を拝見して、相談の可否を決定します。  
(ご相談を受けられない場合は、事務担当者よりご連絡の上、資料はご返却いたします。)
- 5 相談担当医のスケジュールを確認後、事務担当者が電話で日程調整のご連絡をいたします。  
相談者から相談日時の指定がある場合、都合の悪い日が多い等の場合には、日程調整が困難となり、相談をお断りする場合があります。  
※お申し込み書が届いてから日時の連絡までに1週間以上かかる場合もあります。
- 6 相談当日は、予約時間の15分前までに1階総合案内へお越しください。
- 7 相談開始前に本人確認書類(運転免許証・健康保険証等)をご提示ください。  
※未成年患者の相談の場合は、患者本人および親権者の健康保険証をご提示ください。
- 8 終了後は1階診療費支払機で料金をお支払ください。

## ○その他

- ・ 申し込みを取り消す場合は早めにご連絡ください。
- ・ 日時決定後の予約の取り消し、変更はできませんのでご了承ください。
- ・ 相談中の録音・録画はご遠慮願います。

## ○お問い合わせ

日本大学病院 医事課 電話：03-3293-1711内線3107

FAX：03-3293-17142(医療連携室)

<受付時間> 月曜日～金曜日 8:30～16:30, 土曜日・12/29及び1/5 8:30～14:00

<休診日> 日曜・祝祭日, 10/4(日本大学創立記念日), 年末年始(12/30～1/4)