

# 八尾市立病院 「セカンドオピニオン外来のご案内」

セカンドオピニオン外来は、現在当院以外の医療機関で治療中の患者様を対象に、当院の医師が患者様のお話や主治医から提供される診療情報(紹介状)を参考に、治療内容に関する意見や判断を述べるものです。その結果、患者様自身が疾患に対するより良い治療方法を選択できる援助になればと考え実施しております。以上の主旨を踏まえ、以下の事項をお読みいただき、ご了承いただいたうえでお申し込みください。

## 1. セカンドオピニオンの対象となる方

- ・ 患者様ご本人。
- ・ ご本人の同意書があればご家族のみの相談も可能です(原則:父母、子、兄弟、配偶者)。患者様ご本人が正しい病名をご存知の場合に限らせていただきます。相談当日、患者様ご本人との続柄を確認できるもの(健康保険証、住民票等)が必要となります。

## 2. 相談をお受けできないケース

- ・ 相談内容が主治医に対する不満や苦情、医療訴訟目的及び裁判係争中の場合。
- ・ 相談内容に関する専門医がない場合(別紙参照)。
- ・ すでに死亡されている患者様に関する相談。
- ・ 主治医からの診療情報提供(紹介状等)が得られない場合。等

## 3. 相談に必要な書類

### 申し込み時(送付または持参)

- ・ 申込書(ご家族のみの相談の場合は同意書も必要)
- ・ 現在の主治医からの診療情報提供書(紹介状)・診療データ(検査データ、レントゲンフィルム等) 診療データは現在の主治医の判断によりますが、セカンドオピニオンに必要と思われるデータを主治医とご相談のうえ送付(または持参)願います。 診療情報提供書(紹介状)の作成にかかる費用は保険適用ですが、患者様の自己負担額が発生します。 「2. 相談をお受けできないケース」に該当する場合は相談に対応できませんので、再度ご確認ください。

### 【申込書・診療情報提供書等の提出先】

- 郵送の場合 : 〒581-0069 八尾市龍華町1丁目3-1 八尾市立病院「セカンドオピニオン担当」
- 持参の場合 : 八尾市立病院 2階 「地域医療連携室」(平日:午前11時~午後4時)

### 相談当日(持参)

- ・ 患者様ご本人であることを証明するもの(運転免許証、健康保険証等)
- ・ ご家族のみの場合は、患者様ご本人との続柄を確認できるもの(健康保険証、住民票等)
- ・ 患者様が未成年の場合は、続柄を証明するもの(健康保険証、住民票等)

## 4. 相談時間・料金

- ・ 相談時間は1時間以内、相談料金は21,000円です(消費税込、健康保険は適用されません)。相談料金は相談当日受付にてお支払いいただきます。

## 5. その他

- ・ 相談日時は診療情報提供書を送付(持参)いただいた後、専門医と相談のうえ個別に連絡いたします。
- ・ 相談結果は文書にてお渡しいたします。主治医にも文書の複写を郵送させていただきます。

まずは電話にてお問い合わせください(電話受付時間:平日 午前11時~午後4時)  
セカンドオピニオン担当 072-922-0887(地域医療連携室)

# セカンドオピニオン外来 申込から相談まで

## まず電話をする



- ・ **まず、お電話ください。**担当看護師が相談内容等を確認いたします。  
**セカンドオピニオン担当**

**TEL . 072 - 922 - 0887 (地域医療連携室)**

**電話受付時間：平日(月～金曜日)午前11時～午後4時**

- ・ お問い合わせは電話にてお願いいたします(ご来院いただいても対応できません)
- ・ 相談内容を確認のうえ、申込書類(説明書、申込書、同意書)を郵送いたします。

## 申込書・診療情報 等を送付



- ・ 「セカンドオピニオン外来のご案内」をよくお読みください。申し込みいただく場合は、記載内容について、ご了承いただく必要があります。
- ・ 申込書、同意書(ご家族のみの相談の場合)に必要な事項を記入し、診療情報提供書(現在の主治医に作成いただいでください)及び診療データ(検査データ、レントゲンフィルム等)と一緒に送付してください。

【郵送先】 〒581-0069 八尾市龍華町1丁目3-1  
八尾市立病院 「セカンドオピニオン担当」

診療データは現在の主治医の判断によりますが、セカンドオピニオンに必要なと思われるデータを送付いただくよう主治医とご相談ください。

- ・ 直接、病院に持参していただいても結構です。持参される場合は平日の午前11時から午後4時の間に2階地域医療連携室までお越しください。
- ・ 申込書、診療情報提供書を検討したうえで担当医を決め、相談日時をご連絡いたします。

## 相談日の決定

## 相談当日

### 受付 (地域医療連携室)



- ・ 予約時間の15分前までに「2階 地域医療連携室」にお越しください。  
患者様ご本人であることを証明するもの(運転免許証、健康保険証等)をお持ちください。  
ご家族のみでの相談の場合は、患者様ご本人との続柄を確認できるもの(健康保険証、住民票等)をお持ちください。  
患者様が未成年の場合は、続柄を証明するもの(健康保険証、住民票等)をお持ちください。
- ・ 相談料金を 支払い窓口にてお支払いいただきます。

### 受診(相談)



- ・ 事前にお預かりしております診療情報をもとに、当院の医師がセカンドオピニオンを説明します。  
セカンドオピニオン外来は相談のみで、新たな検査や治療は行いません。  
お預かりしておりました診療データ等は、相談終了後お返しいたします。  
相談時間は1時間以内とさせていただきます。

### 地域医療連携室



- ・ 「2階 地域医療連携室」にて、セカンドオピニオン結果の報告書をお渡しいたします。  
結果は報告書を作成しお渡しいたします。主治医にも報告書の複写を送付させていただきます。  
結果報告書の作成のため、相談終了後しばらくお待ちください。

# セカンドオピニオン対応疾患一覧表

下記一覧表の疾患についてセカンドオピニオン対応が可能です。お申し込みの際はご確認願います。

| 診療科       | セカンドオピニオン対応可能疾患  |
|-----------|--|
| 内科（血液内科）  | <ul style="list-style-type: none"><li>造血器腫瘍（白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫）</li><li>再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、血小板減少など血球減少性疾患（ただし、鉄欠乏性貧血を除く）</li><li>骨髄増殖性疾患</li></ul> |
| 内科（消化器内科） | <ul style="list-style-type: none"><li>肝癌、胃癌、胆・膵癌</li></ul>   |
| 外科        | <ul style="list-style-type: none"><li>消化器癌（食道、胃、大腸、肝・胆・膵）、乳癌</li></ul>   |
| 小児科       | <ul style="list-style-type: none"><li>血友病および出血性疾患</li></ul>  |
| 整形外科      | <ul style="list-style-type: none"><li>整形外科疾患群（骨腫瘍、軟部腫瘍、小児の整形外科疾患を除く）<br/>交通事故、労働災害は対応いたしません</li></ul>  |
| 泌尿器科      | <ul style="list-style-type: none"><li>泌尿生殖器癌（腎、尿管、膀胱、前立腺、精巣）</li></ul>   |
| 産婦人科      | <ul style="list-style-type: none"><li>細胞診（子宮癌検診）</li></ul>   |
| 耳鼻咽喉科     | <ul style="list-style-type: none"><li>頭頸部癌</li><li>中耳疾患</li></ul>  |
| 歯科口腔外科    | <ul style="list-style-type: none"><li>口腔癌</li><li>顎口腔疾患</li></ul>  |

上記以外の疾患については現在のところセカンドオピニオン対応はしてありません。

以下の場合も対応いたしてありませんのでご注意ください。

- 相談内容が主治医に対する不満や苦情、医療訴訟目的及び裁判係争中の場合。
- すでに死亡されている患者様に関する相談。
- 主治医からの診療情報提供（紹介状等）が得られない場合。

# 八尾市立病院セカンドオピニオン外来 申込書

別紙「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容について了承（同意）し、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名（自署） 印

|             |  |
|-------------|--|
| 患者<br>氏名等   | フリガナ 明治・大正<br>氏 名 男・女 昭和・平成 年 月 日生（ 歳）   |
| 患者<br>住所等   | 〒 - 電話番号（ ） -<br>F A X 番号（ ） -<br>携帯電話等（ ） -                                   |
| 相談者<br>氏名等  | フリガナ 患者との続柄 本人<br>氏 名 男・女 家族（続柄： ）   |
| 相談者<br>住所等  | 〒 - 電話番号（ ） -<br>F A X 番号（ ） -<br>携帯電話等（ ） -                                   |
| 当日の<br>来院者  | <セカンドオピニオン当日、患者本人は来院されますか><br>患者本人のみで来院 ・ 患者本人と家族で来院 ・ 相談者のみで来院 ・ 患者本人と相談者で来院  |
| 現在の<br>状況   | 通院中・入院中・その他（ ） 医療機関名<br>診療科名 病名<br><患者本人は病名を> 知っている・知らない <患者本人の状態> 独歩・車椅子・寝たきり |
| 提出する<br>情報等 | 紹介状（診療情報提供書） 必須。現在の主治医に作成していただいでください。<br>検査データ レントゲンフィルム（CT等含む） その他（ ）         |
| 相談内容        | .....<br>.....<br>.....  |

セカンドオピニオン当日、患者本人が来院されない場合（相談者のみの場合）は別紙「同意書」に必要な事項を記入し、本申込書と一緒に送付してください。

本申込書の内容を確認させていただいた上で、セカンドオピニオンの対応可否を連絡いたします。

## 病院 返信欄（相談日時予約票）

この欄は病院側で記入します

|          |      |                   |      |  |
|----------|------|-------------------|------|--|
| 相談<br>可能 | 相談日時 | 平成 年 月 日（ ） : ~ : |      |  |
|          | 担当科  |                   | 担当医師 |  |
| 不可       | 理由   |                   |      |  |

記入例

## 八尾市立病院セカンドオピニオン外来 申込書

別紙「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容について了承（同意）し、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 21 年 月 日

相談者氏名（自署）

八尾 太郎

八尾

|             |   |   |
|-------------|---|---|
| 患者<br>氏名等   | フリガナ ヤオ ハナコ<br>氏名 八尾 花子   | 明治・大正<br>男 (女) 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)  |
| 患者<br>住所等   | 〒 .....<br>八尾市 町 丁目   | 電話番号 ( 072 ) -<br>FAX番号 ( 072 ) -<br>携帯電話等 ( ) -  |
| 相談者<br>氏名等  | フリガナ ヤオ タロウ<br>氏名 八尾 太  | 患者との続柄 本人<br>家族 ( 続柄: 夫 )   |
| 相談者<br>住所等  | 〒 .....<br>同上   | 患者様本人が相談者の場合は「同上」<br>等と記入ください。<br>患者様本人以外（ご家族）が相談者の<br>場合は相談者の氏名・連絡先をご記入<br>ください。<br>) 同上 -<br>) -<br>携帯電話等 ( 090 ) - |
| 当日の<br>来院者  | <セカンドオピニオン当日、患者本人は来院されますか><br>患者本人のみで来院 ・ 患者本人と家族で来院 ・ 相談者のみで来院 ・ 患者本人と相談者で来院   |   |
| 現在の<br>状況   | 通院中・入院中・その他 ( ) 医療機関名 病院<br>診療科名 科 病名<br><患者本人は病名を> 知っている・知らない <患者本人の状態> 独歩・車椅子・寝たきり  |   |
| 提出する<br>情報等 | <input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書） 必須。現在の主治医に作成していただいでください。<br><input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム（CT等含む） その他 ( )                |   |
| 相談内容        | .....と診断され、治療法として.....を勧められている。<br>.....しかし、.....の副作用が心配であり、別の治療法で治癒した知人もいる。<br>.....現在の主治医にはお世話になっており勧められるまま治療を受けたいが、不安もあるので、<br>.....他の医師のセカンドオピニオンを聞いた上で判断したい。 |   |

セカンドオピニオン当日、患者本人が来院されない場合（相談者のみの場合）は別紙「同意書」に必要事項を記入し、本申込書と一緒に送付してください。

本申込書の内容を確認させていただいた上で、セカンドオピニオンの対応可否を連絡いたします。

### 病院 返信欄（相談日時予約票）

この欄は病院側で記入します

|          |      |                    |      |  |
|----------|------|--------------------|------|--|
| 相談<br>可能 | 相談日時 | 平成 年 月 日 ( ) : ~ : |      |  |
|          | 担当科  |                    | 担当医師 |  |
| 不可       | 理由   |                    |      |  |

# 八尾市立病院 セカンドオピニオン外来 相談同意書

私は本同意書を持参しました、\_\_\_\_\_に対して、八尾市立病院  
担当医師が、私の疾患についての診断、治療内容、今後の見通しに関する意見を述べ、報告書を  
作成することに同意いたします。また私の主治医に対し報告書の複写を送付することについても  
同意いたします。

平成 年 月 日

氏名（自署） ..... 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

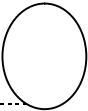
住 所.....  
.....

記入例

八尾市立病院 セカンドオピニオン外来  
相談同意書

私は本同意書を持参しました、八尾 太郎 に対して、八尾市立病院  
担当医師が、私の疾患についての診断、治療内容、今後の見通しに関する意見を述べ、報告書を  
作成することに同意いたします。また私の主治医に対し報告書の複写を送付することについても  
同意いたします。

平成 21 年 月 日

氏名(自署) 八尾 花子 

生年月日 明治・大正 昭和 平成 年 月 日生

住 所 八尾市 町 丁目