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）	• 造血器腫瘍（白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫） • 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） • 骨髄増殖性疾患
内科（消化器内科）	• 肝がん、胃がん、大腸がん、胆がん、膵がん
内科（腫瘍内科）	• 大腸がん、胃がん、乳がん、小腸がん、肉腫、甲状腺がん、縦隔腫瘍、皮膚腫瘍、後腹膜・腹膜腫瘍、中皮腫、悪性骨軟部腫瘍、原発不明のがん • 悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、白血病、骨髄移植
外科	• 肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、食道がん、胆がん、膵がん、小腸がん、縦隔腫瘍、中皮腫、後腹膜・腹膜腫瘍、性腺外胚細胞腫瘍、原発不明のがん • 下部消化管疾患、GIST
乳腺外科	• 乳がん
脳神経外科	• 脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷、不随意運動の手術治療
小児科	• 血友病および出血性疾患
整形外科	• 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） ※ 交通事故、労働災害は対応いたしません
泌尿器科	• 腎がん、尿管がん、膀胱がん、前立腺がん、精巣がん、男性生殖器がん、副腎腫瘍
産婦人科	• 卵巣がん、子宮頸がん、子宮体がん
耳鼻咽喉科	• 甲状腺がん • 中耳疾患
形成外科	• 皮膚腫瘍
歯科口腔外科	• 口腔癌 • 顎口腔疾患
放射線治療科	• 肺がん、大腸がん、肝がん、乳がん、食道がん、胆がん、膵がん、小腸がん、腎がん、尿路がん、膀胱がん、前立腺がん、精巣がん、子宮がん、卵巣がん、口腔がん・咽頭がん、喉頭がん、甲状腺がん、縦隔腫瘍、中皮腫、皮膚腫瘍、後腹膜・腹膜腫瘍、血液腫瘍、悪性骨軟部腫瘍、小児悪性骨軟部腫瘍、脳腫瘍、小児脳腫瘍、脊髄腫瘍、性腺外胚細胞腫瘍、眼・眼窩腫瘍、GIST、原発不明のがん

● 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おりません。

● 以下の場合も対応いたしておりませんのでご留意ください。
- 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。

2026 年 11 月 2 日版

別紙①

八尾市立病院セカンドオピニオン外来　受付票
（セカンドオピニオン担当看護師用）

患者 氏名等	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名　　男・女	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日生（　　歳）
患者 住所等	〒　　－ 　 	電話番号　（　　）　　－ ＦＡＸ番号（　　）　　－ 携帯電話等（　　）　　－
相談者 氏名等	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名　　男・女	患者との続柄　　本人 家族（ 父母・子・兄弟・配偶者 ）
相談者 住所等	〒　　－ 　 	電話番号　（　　）　　－ ＦＡＸ番号（　　）　　－ 携帯電話等（　　）　　－
当日の 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＞ 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 状況	通院中・入院中・その他（　　）　医療機関名 診療科名　　病名 ＜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 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てください。 □　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		
備考		
申込書の送付先	患者本人　・　相談者	

受付日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　：	受付者	

2026 年 11 月 2 日版

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。

令和　　年　　月　　日　　相談者氏名（自署）　　印

患者 氏名等	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名　　男・女	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日生（　　歳）
患者 住所等	〒　　－ 　 	電話番号　（　　）　　－ ＦＡＸ番号（　　）　　－ 携帯電話等（　　）　　－
相談者 氏名等	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名　　男・女	患者との続柄　本人 家族（続柄：　　）
相談者 住所等	〒　　－ 　 	電話番号　（　　）　　－ ＦＡＸ番号（　　）　　－ 携帯電話等（　　）　　－
当日の 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＞ 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 状況	通院中・入院中・その他（　　）　医療機関名 診療科名　　病名 ＜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 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てください。 □　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		

※　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**

相談可能	相談日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	担当科		担当医師	
不可	理由			

記入例

②－２

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。

令和　**8**　年　○　月　○○　日　　相談者氏名（自署）　**八尾　太郎**　（八尾）

患者 氏名等	ﾌﾘｶﾞﾅ　**ﾔｵ　ﾊﾅｺ** 氏　名　**八尾　花子**	大正・昭和 男・(女)　(平成)・令和　○○年　○　月　○○日生（○○歳）
患者 住所等	〒○○○ － ○○○○ **八尾市 △△町 ○丁目○ー○**	電話番号　（ **072** ）○○○ － ○○○○ ＦＡＸ番号（ **072** ）○○○ － ○○○○ 携帯電話等（　　）　　－
相談者 氏名等	ﾌﾘｶﾞﾅ　**ﾔｵ　ﾀﾛｳ** 氏　名　**八尾　太**（患者様本人が相談者の場合は「同上」等と記入ください。患者様本人以外（ご家族）が相談者の場合は相談者の氏名・連絡先をご記入ください。）	患者との続柄　本人 家族（続柄：　**夫**　）
相談者 住所等	〒　　－ **同 上**	）**同 上** － ）　　－ 携帯電話等（ **090** ）○○○○－ ○○○○
当日の 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＞ 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 状況	(通院中)・入院中・その他（　　）　医療機関名　**△△△△病院** 診療科名　**△△科**　病名　**△△△△△△** ＜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 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てください。 ☑ 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	**△△△△△△と診断され、治療法として・・・・・・・・・・・・を勧められている。 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。 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 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

相談可能	相談日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：		
	担当科		担当医師	
不可	理由			

2026 年 11 月 2 日版

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。

令和　　年　　月　　日

氏名（自署）……印

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　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。

令和 **8** 年　○ 月 ○○ 日

氏名（自署）**八尾　花子**　八尾 印

生年月日　大正・昭和・(平成)・令和　○○　年　○ 月 ○○ 日生

住　　所 **八尾市 △△町 ○丁目○ー○**

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（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いない場合（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　１階　「地域医療連携センター」（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（マイナンバーカード、運転免許証等）
- 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（住民票等）
- 患者様が未成年の場合は、続柄を証明するもの（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２２，０００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（地域医療連携センター）

2026 年 11 月 2 日版

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（地域医療連携センター）
  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てください）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１階地域医療連携センターまでお越しください。

相談日の決定

- 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。

≪相談当日≫

≪受付≫
（地域医療連携センター）



- 予約時間の 15 分前までに「１階⑥地域医療連携センター」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（マイナンバーカード運転免許証等）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（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（住民票等）をお持ちください。
- 相談料金を⑤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。

≪地域医療連携センター≫



- 「１階⑥地域医療連携センター」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。