

セカンドオピニオン外来の目的

セカンドオピニオン外来では当院以外の医療機関で治療中の患者さんを対象に、特定の疾患に限って、専門の立場から意見・判断を提供いたします。その意見や判断を、患者さんがご自身の治療に際しての参考にさせていただくことが目的です。新たな検査や治療は行いません。

セカンドオピニオン外来の対象となる方

ご本人の相談を原則といたしますが、同意書をお持ちになればご家族だけでも可能な場合もありますので、事前にその旨をお申し出ください。

セカンドオピニオン外来の対象疾患

当院のセカンドオピニオン外来で相談することのできる疾患は、ホームページに掲載している「対象疾患表」でご確認ください。その他の疾患に対してセカンドオピニオンを求められる場合は、当該の診療科の一般外来を受診してください。

セカンドオピニオン外来での相談が不可能な場合

- ご本人とご家族以外は相談を受けることができません。なお、ご家族でご本人の同意書をお持ちであっても、状況によっては受けられないこともあります(事前に判断させていただきます)。
- 現在治療中の医療機関に対する不満、転医希望、医療事故、訴訟に関係する相談には応じられません。
- 予約時にセカンドオピニオン外来よりも一般外来を受診していただくほうがよいと判断される場合には、一般外来をお勧めすることもあります。

相談時間および料金

- 健康保険は使えません。すべて自費負担になります。
- 月曜日～金曜日の午後(完全予約制)で、診察室での相談時間30分及び事前の資料検討、意見書の作成時間(30分見当)を見込んでいます。
- 意見書の作成費を含め、費用は21,600円(税込)です。診察室での相談時間が30分を超える場合には、延長30分ごとに10,800円(税込)です。

相談までのながれ

完全予約制です。必ず事前にお申し込みください。改めて担当医師から相談内容の確認、必要とする資料、相談日時等についてご連絡いたします。また、原則として医療機関からの紹介状及び診療諸記録等をご持参ください。

相談当日は、予約時間の20分前に ①初来院受付にお越しいただき、「セカンドオピニオン」とお申し出ください。受付終了後、診療科へご案内いたします。

ご家族が相談を受ける場合は、ご本人の同意書を必ずお持ちください。同意書はホームページからダウンロードしていただくか、下記問い合わせ先までお申し付けください。

お問い合わせ時間

月曜日～金曜日 9:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)

お問い合わせ・お申し込み先

金沢大学附属病院 (〒920-8641 石川県金沢市宝町13番1号)

＜患者さんからのお申し込み：医事課＞お電話にてお申し込みください。

TEL 076-265-2079 (直通) FAX 076-234-4330

＜医療機関からのお申し込み：地域医療連携室＞別紙FAXにてお申し込みください。

TEL 076-265-2039 (直通) FAX 076-234-4307

セカンドオピニオン外来 申込書 (医療機関専用)

お問合せ先ならびに送付先

金沢大学附属病院 地域医療連携室

TEL 076-265-2039

FAX 076-234-4307

患者さんへ「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容をご確認いただいた上で、必要事項を記入し、FAXにてお申し込み願います。

- 転医や治療、検査をご希望される場合には一般外来を受診していただくことになります。
- 医療事故に関する相談には応じられません。
- 対象となる疾患が限られています。
ホームページ上の「セカンドオピニオン外来各科担当医師及び対象疾患」をご確認ください。
- 地域医療連携室にて、受付させていただいた後、改めて担当医師から直接患者さんへ内容の詳細確認や実施日の決定のため連絡が入りますので、よろしくお願い致します。

| | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 患者氏名 | (ふりがな) |
| 患者生年月日・性別 | 明・大・昭・平 年 月 日生 男・女 |
| 患者住所 (可能な場合) | 〒 |
| 患者または相談者 への連絡方法 | 自宅 本人・相談者() |
| | 携帯 本人・相談者() |
| | メールアドレス |
| 患者または相談者へ 連絡可能な時間帯 | 時 分 ~ 時 分 |
| 相談希望診療科名 (医師名も明記願います) | 科(医師名:) |
| 相談内容 (相談目的、現在の病名、 症状についての説明等をご 記入ください。診療情報 提供書の添付でも可) | |
| 主治医の医療機関 氏名・連絡先 | 病院名・診療科 |
| | 主治医名 |
| | 連絡先 |

以下記入しないで下さい。

| | |
|----------|-----------------|
| 受付年月日・時刻 | 平成 年 月 日() 時 分 |
|----------|-----------------|