

＜セカンドオピニオン説明書＞

1. セカンドオピニオンの目的

当院以外の医療機関で現在治療を受けている患者さまを対象に、診断内容や治療法に関して当院の専門医師の意見や判断を提供します。その意見や判断を基に、患者さまがよりよい治療方法を納得の上で自己決定するための参考にしていただくのが目的です。

2. セカンドオピニオンを受けることができる方

患者さま本人、またはご家族等で患者さまの意思を代行できる方です。ご一緒でも構いませんが、ご家族のみの場合は、ご本人の同意書が必要になります。

3. セカンドオピニオンの相談内容

診断・治療に関すること

下記の場合は該当しません。

現在治療を受けている医療機関への不満、転医希望
医療過誤及び裁判係争中に関する相談
死亡した患者様を対象とする場合
治療後の良し悪しを判断する場合 など

4. セカンドオピニオンに必要なもの

- ① 現在受診されている主治医からの紹介状（診療情報提供書）
- ② 検査データ
- ③ レントゲン・CT・MRI等の資料（CDかフィルム）
- ④ 家族のみでの相談の場合は、患者ご本人の同意書【様式2】

5. 相談時間及び費用

健康保険の適用になりませんので、自費になります。

一回（30分～1時間程度）につき、10000円（消費税抜き）です。

延長する場合は、30分毎に別途5000円（消費税抜き）を加算します。

6. 受付窓口

予約制となります。

所定のセカンドオピニオン申込書【様式1】を記入の上、下記の窓口にお申し付けください。

〒 692-0404

安来市広瀬町広瀬 1931

安来市立病院 地域連携室

電話 0854-32-2333（直通） FAX 0854-32-2335

受付時間 月～金（休日・祭日を除く） 8:30～17:15