

## セカンドオピニオン(保険適用外)に関する説明書

セカンドオピニオン外来は、「患者さんが現在治療されている病院での診断や治療方針について他の医療機関の医師に意見を聞き、理解を深めること」を目的としています。

- ・ 当院に転医し、当院での検査・治療・入院を希望される場合は対象とはなりません。
- ・ 現在かかりつけの主治医による「診療情報提供書」が必要です。
- ・ ご相談いただいた内容に関わる診療行為(新たな検査・治療)などを行いません。
- ・ 相談終了後は、原則として紹介元医療機関に報告書が作成され、紹介元にお戻りいただきます。
- ・ 相談後、当院での治療・検査・入院を希望される場合は、改めて現在受診中主治医から当院宛てに治療を依頼する旨の「診療情報提供書」が必要です。

### 【相談内容】

- ・ 現在の診断・治療法に関する専門医としての意見提供
- ・ 今後の治療法や見通しに関する専門医としての意見提供

### 【相談不可能な場合】

- ・ 相談時に当院での治療など診療行為を希望される場合
- ・ 患者本人及び家族以外からの相談
- ・ 主治医に対する不満、医療過誤及び訴訟に関する相談
- ・ 医療費又は医療給付に関する相談
- ・ 死亡した患者さんを対象とする場合
- ・ 診療情報提供書及び検査資料を持参できない場合

### 【料金および時間】

- ・ 資料を拝見する時間及びかかりつけの主治医への診療情報提供書の作成時間を含みます。

60分(資料の閲覧・書類作成を含む) 33,000円(税込)

90分(資料の閲覧・資料作成を含む) 44,000円(税込)

## セカンドオピニオン(保険適用外)に関する同意書

聖マリアンナ医科大学病院 病院長殿

私は、セカンドオピニオンの内容を十分に理解のうえ、以下のように意思決定しました。  
セカンドオピニオン(保険適用外)を自費診療で受けることに、

同意いたします (記入日) 年 月 日

60分(資料の閲覧・書類作成を含む) 33,000円(税込)

90分(資料の閲覧・資料作成を含む) 44,000円(税込)

本人  代諾者(※未成年の方・自署できない方は代諾者が下記にご署名ください。)

氏名(自署)

TEL

(

)

(患者との続柄)

(本人が署名できない場合の理由)

この医療行為で得られた情報等は医療従事者の教育を目的として使用させていただくことがあります。  
お名前などの個人情報は一切わからないようにし、プライバシーは守ります。同意されない場合はチェックを  
入れてください。

いかなる場合でも情報の使用に同意いたしません。