

セカンドオピニオン運用規定

医療法人社団愛和会

南千住病院

1. 定 義

セカンドオピニオンとは、患者自身の病気に対する診断や治療方針等について、現在診察を受けている医師（担当医）以外の医師の意見（第二の意見）を求めることをいう。

2. 目 的

当院以外の医療機関に受診した患者に対して、当院の専門医が診断内容や治療方針に関して専門的立場から意見や判断を提供し、患者自身の治療に際して参考にしていただくことを目的とする。

また、当院受診の患者であって、他の医療機関の専門医の意見や判断を求める場合においても同様とする。

3. 対象とする診療科目

原則として標榜している内科、人工透析内科、消化器内科、外科、整形外科、泌尿器科を対象とする。

4. 相談の対象となる者

原則は患者本人とする。但し、同意書を提出することにより家族（一等親以内）でも可能とする。

尚、下記に該当する場合は、相談を受けられないこととする。

- ・最初から当院での治療を希望されている場合。
- ・必要な資料（紹介状、検査成績表、X線フィルム等）が不足している場合。
- ・担当医の了承が得られていない場合。
- ・患者本人が死亡されている場合。
- ・既に治療が開始されている場合。または、治療が終了し、その後の遺存症状に関する相談の場合。
- ・担当医に対する不満、医療事故・医療過誤及び訴訟に発展する恐れがある相談と思われる場合。
- ・医療費や医療給付に関する相談の場合。
- ・相談内容に対応できる専門医が当院にいない場合。
- ・その他、当院がセカンドオピニオンの求めに応じることが困難であると判断した場合。

4. 相談手続き

セカンドオピニオンに関する受付窓口は、医療相談室とする。

① 当院の専門医にセカンドオピニオンを受ける場合

原則は患者本人が別紙「セカンドオピニオン申込書」により申し込むこととするが、本人以外の家族（一等親以内）からの相談の場合は別紙「同意書」も添付することとする。

申込書の他に、現在受診している担当医の紹介状（診療情報提供書）、検査成績表、X線フィルム等必要と思われるものも提出する。

② 他の医療機関でセカンドオピニオンを受ける場合

当院の担当医による紹介状（診療情報提供書）、検査成績表、X線フィルム等必要と思われるものを提供する。

5. 費用及び実施方法

健康保険適用外となるため全額自己負担とする。

時間は原則 60 分以内とし、30 分で 5,250 円（消費税込み）、超えた場合は 30 分毎に 5,250 円（消費税込み）を加算する。

相談については通常診療とは別に実施するため、当院専門医と相談の上で日時を決定し、医療相談員より相談者に連絡する。

平成 19 年 4 月 1 日制定

本規定は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

第 1 回改訂：平成 23 年 4 月 1 日

セカンドオピニオン申込書

貴院の「セカンドオピニオン運用規定」に則り、下記の通りに申し込みます。

年 月 日

患者様ご本人の署名

_____ 印

ご本人以外の相談者の署名

_____ 印

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
フリガナ 相談者氏名		性別	男・女
相談者住所	電話 ()		
相談内容 (具体的に)			
受診した 医療機関	名称： 住所： 診療科： 主治医名：		

セカンドオピニオン同意書

医療法人社団愛和会
南千住病院 病院長 殿

私（患者氏名）_____は、貴院にセカンドオピニオンを依頼するに当たり、（相談者氏名）_____
（続柄）_____に私の病状について診断や治療方針等の意見を述べること
および診療情報提供書作成医師に報告書を提出することに同意いたします。

年 月 日

患者署名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

住 所 _____