

# セカンドオピニオンのご案内

## セカンドオピニオンとは

直訳すると「第二の意見」。症状や治療方法について現在の担当医以外の医師の意見を聞き、参考にすることを言います。

「自分にとって最適な治療を受けているのか？」「他の治療方法はないのか？」

セカンドオピニオンは、そんな悩みを持つ方が納得して医療を受けるためのひとつの手段です。

## セカンドオピニオン対象者

患者さん本人あるいは患者さんの同意を得たご家族の方

## 対象疾患

がん・腫瘍に関する手術療法・薬物療法・放射線療法について

※一部対象外の疾患および治療もございます。詳しくはご相談ください。

## 相談に際して必要なもの

1. 診療情報提供書（セカンドオピニオン用）
2. 検査資料
  - ・血液検査結果
  - ・超音波検査結果
  - ・MRI 検査および CT 検査の所見
  - ・検査画像 CD-R
  - ・病理検査結果他、お借りできる限りの検査資料
3. 相談同意書 ※ご本人以外の方がご相談される場合



## 料金

～30分：11,000円 以降30分につき5,500円（+60分まで可能）

※お支払いは現金・クレジットカードにて対応しております。

～30分	～60分	～90分
¥11,000	+ ¥5,500	+ ¥5,500

## 下記の場合はセカンドオピニオンの対象になりません

- ・最初から当院での治療を希望している場合
- ・現在の主治医に対する不満の相談や医療訴訟に関する相談を目的とする場合
- ・医療費や医療給付に関わる相談を目的とする場合
- ・治療後の良し悪しの判断を目的とする場合
- ・亡くなられた方の相談を目的とする場合
- ・現在の主治医に了承を得ていない場合
- ・診療情報提供書及び検査資料をご用意していただけない場合
- ・精神疾患に関する相談を目的とする場合
- ・相談内容が当院専門外である場合

## セカンドオピニオン受診の流れ



患者さんより地域医療連携室へご連絡。



お名前や現在おかけの医療機関名などをお伺いします。



申込書・同意書を記載し、現在おかけの医療機関からの診療情報提供書・検査結果と一緒に地域医療連携室宛てに郵送してください。

※追跡確認が可能な郵送方法（書留・レターパックなど）でお送りください。



内容を確認し、地域医療連携室より受診日のご連絡をいたします。



### セカンドオピニオンの実施



セカンドオピニオン終了後、会計にて相談料金をお支払いください。  
※保険適用外の自費扱いとなります



宇治徳洲会病院 担当医より、現在おかけの主治医宛て報告書をお送りします。  
主治医の先生と今後の治療についてご相談ください。

<セカンドオピニオンに関するお問い合わせ・申し込み>

**☎ 0774-25-2871(直通)**

宇治徳洲会病院 地域医療連携室  
月～金曜日(祝祭日を除く) 9:00～19:00



医療法人 徳洲会

**宇治徳洲会病院** | Uji-TOKUSHUKAI  
MEDICAL CENTER

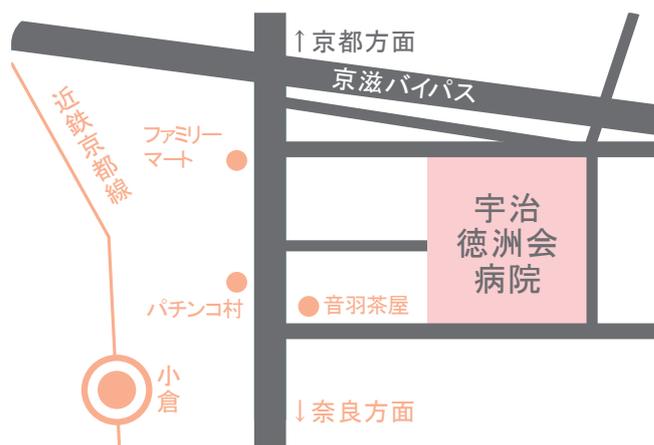
地域医療連携室

〒611-0041 京都府宇治市槇島町石橋145番  
☎ 0774-25-2871(直通)

電車でお越しの方へ

近鉄小倉駅、他各地域より無料シャトルバスが運行  
しております。

詳しくは当院ホームページをご確認ください。



# セカンドオピニオン申込書

申込日 年 月 日

患者さんご本人について			
フリガナ		明治・大正・昭和・平成・令和	
氏名	(印)	男・女 生年月日	歳
〒	-	TEL 自宅 ( ) -	
住所		携帯 ( ) -	
		FAX ( ) -	

相談者の方について			
フリガナ	続柄	〒	-
氏名	(印)	住所	
TEL 自宅 ( )	-	携帯 ( )	-
		FAX ( )	-

ご相談内容について	
希望診療科	診断病名

ご相談内容（別紙記載可）

患者さんの現状について		
現在おかけの医療機関	診療科	担当医師名
通院状況	入院中 ・ 通院中 ・ 在宅	身体状態
		自立歩行 ・ 車椅子 ・ 寝たきり

現在の病名・症状・治療状況（別紙記載可）

セカンドオピニオンの受診について	
希望日時（複数のご記入をお願いします）※実施時間は午後以降です	同席者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 人（本人除く）

患者さん以外の方がセカンドオピニオンを受けられる場合はご記入をお願いします

＜同意書＞	
私は、セカンドオピニオンに係る全ての事柄について、下記の者を代理人と認め委任します。	
本人自筆署名	(代筆者名： 自筆不可の理由： )
代理人氏名	(印) 続柄
※代理人の方は、続柄が証明できるよう戸籍謄本と顔写真付き身分証明書をご持参ください。	