

## セカンドオピニオンのご案内

### ○当院のセカンドオピニオンについて

他の医療機関で受診されている診療内容や治療法について、当院専門医の面談により判断・意見をご提供します。ご自身の治療について参考にしていただき、病気への理解を深め、おかけの医療機関の担当医に報告・相談されることで、納得する治療を選択できるようお手伝いいたします。

### ○費用（全て税込）

- ・面談料：30分まで16,200円、30分から60分まで21,600円 ※最長60分
- ・診断料：画像診断5,400円、病理診断5,400円

※セカンドオピニオンは公的医療保険が適用されない自由診療です。上記金額（相談料+診断料）を徴収させていただきます。

※診断料とは、レントゲンやCT、MRIなどの画像データやフィルムの画像診断や病理標本等の病理診断に係る費用です。これらを希望されない場合、診断料は発生しません。

### ○面談の対象となる方

- ・患者さんご本人

※患者さんご本人が来院できない場合は、ご家族のみの面談も可能ですが「相談同意書」が必要となります。相談日当日にご持参ください。

また、患者さんご本人が未成年であり相談同意書のご記入が難しい場合は、続柄を確認できる公的証明書（健康保険証など）をご持参ください。

なお相談日当日、乳幼児の同席はご遠慮ください。

**下記に該当する方は、セカンドオピニオンの対象にはなりませんので、ご注意ください。**

- ・予約のない方
- ・検査や診療、転院を希望されている方
- ・診療情報提供書（紹介状）や検査データを準備ができない方
- ・ご希望されている相談内容に対応できる専門医が当院にいない場合
- ・現在の担当医に対する相談
- ・医療事故や医療費についての相談
- ・ご本人、ご家族以外からの依頼
- ・交通事故による相談
- ・ご本人がすでにお亡くなりになられている場合
- ・相談内容が当院の専門外である場合
- ・日本語、英語以外の紹介状の場合
- ・日本語、英語以外の言語の方で、医療通訳が同伴できない場合



## ○申し込みの流れ

- ①「東京医科大学病院セカンドオピニオン申込書」に必要事項をご記入の上、下記の住所までお送りください。
- ②お送りいただいた申込書は、内容を予め診療科と検討し、相談担当医と調整いたします。相談可、不可にかかわらず、担当よりご連絡いたします。
- ③相談可の場合、現在おかけの医療機関に「東京医科大学病院でセカンドオピニオンを受けた」とお話しいただき、下記の書類を依頼し、ご用意ください。
  - ア 「診療情報提供書（紹介状）」
  - イ 「検査結果などの資料」（例：血液検査結果、画像診断結果、病理検査報告書）  
※レントゲンやCT、MRIなどの画像データやフィルム、病理標本（プレパラート）を当院で診断希望の場合は併せてご用意ください。
- ④上記③でご用意いただいたア、イを下記の住所までお送りください。
  - ◆お送りいただく書類
    - ア 「診療情報提供書（紹介状）」
    - イ 「検査結果などの資料」
- ⑤相談担当医と日程を調整します。決定後、連絡させていただきます。

## ○注意事項

- ・「セカンドオピニオン申込書」や「診療情報提供書」及び「検査結果などの資料」をお送りいただく際には、個人情報が含まれるものなので、できる限り追跡可能な配送方法をご利用ください。
- ・画像データやフィルム、病理標本をお送りいただく場合は、診断に時間がかかります。必要書類を送られた後に追加で送付されると面談日に間に合いません。
- ・申し込みを取り消す場合は早めにご連絡ください。
- ・日時決定後の予約の取り消し、変更はできませんのでご了承ください。
- ・相談不可の場合、申込書の返却はできません。

## ○送付先・お問い合わせ

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1

東京医科大学病院 総合相談・支援センター セカンドオピニオン担当 宛て

直通電話：03-5339-3808 F A X：03-3342-6203

受付時間：平日：8:30～16:30 第1・3・5土曜日：8:30～11:00

# 東京医科大学病院 セカンドオピニオン申込書

患者さん	フリガナ 氏 名				性別	男・女	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	歳	
	住 所	〒					
	連絡先	TEL				FAX	
		携帯電話					
当院の 受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (診察券登録番号: )					
相談者	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 患者さんと同一			続柄		
	住 所	〒					
	連絡先	TEL				FAX	
携帯電話							

希望診療科			希望医師	
病名				
現在の治療・これからの治療				
相談内容				
当院を知ったきっかけ				
現医療機関	病院名			
	診療科	科	主治医	先生
相談日 (月～金曜日 9時～16時) <u>ご都合の悪い日・時間</u> をお知らせください				

「セカンドオピニオンのご案内」の内容を了承したうえで、以上の通り申し込みます。

平成 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

病院使用欄 (以下、記入しないでください)					
受付番号	受付日	相談日時	担当診療科	担当医	担当者

(※本人が来院できない場合のみ記入下さい。)

東京医科大学病院 セカンドオピニオン  
相談同意書

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は本同意書を持参した  
\_\_\_\_\_(ご相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対して、  
貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し  
につきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成される  
事を同意いたします。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日