

## 天理よろづ相談所病院 セカンドオピニオン外来のご案内

現在、他の医療機関にて診療を受けておられる患者さんで、診断内容や治療法について他の医師の意見をお求めになりたい方に対して、当院の専門家の意見・判断を提供いたします。

### ●セカンドオピニオンとは

「セカンドオピニオン」とは「第二の意見」つまり「主治医以外の医師の意見」という意味です。現在、おかけの医療機関で充分説明を受けられることが大切なことですが、患者さんご自身が充分納得して治療を受けるために、主治医以外の別の医師からも意見を聞いてみたいとお考えになった場合に、それを支援するものです。

### ●当院のセカンドオピニオン外来について

- 各診療科の専門医がセカンドオピニオンに応じます。下記の「ご相談診療科」をご確認ください。
- セカンドオピニオン外来では相談のみを扱い、診療行為（検査・投薬・治療など）は行いません。
  - ・ セカンドオピニオン外来は、当院への転院の窓口ではありません。
  - ・ 診察、検査、治療あるいは転院をご希望の場合には、診療科の一般外来を受診してください。
- ご相談には、主治医の診療情報提供書が必要です。
  - ・ セカンドオピニオンは現在の診断・治療に関する意見を提供することが本来の目的ですから、患者本人・ご家族からのお話や主治医の先生からの資料に基づいて、治療に関する参考意見を提供いたします。
  - ・ 当院のセカンドオピニオンは主治医へのご報告もさせていただきます。
  - ・ これを参考に患者さんの今後の治療について主治医とご相談下さい。
- 当院のセカンドオピニオン外来は、「完全予約制」です。

### ●ご相談診療科について

- ・ 現在、セカンドオピニオンの相談をお受けしている診療科は以下のとおりです。
  - ・ 呼吸器内科
  - ・ 消化器内科
  - ・ 乳腺外科
  - ・ 心臓血管外科
  - ・ 泌尿器科
  - ・ 腎透析科
  - ・ 小児科
  - ・ 精神神経科

## ●ご相談内容について

相談内容は病気の診断や治療に関することに限ります。

以下の事柄については、相談を受付けておりませんので、ご了承の程お願い致します。

- ・ 現在受診中の病院や主治医に対する苦情
- ・ 医療過誤および訴訟を目的としているご相談
- ・ 診療費についてのご相談
- ・ 最初から転医・転院を希望されている場合；この場合は一般外来を受診して下さい。

## ●ご相談を受けることができる方

- 患者さんご本人
- 患者さんが未成年の場合、親権者  
患者さんが未成年の場合は、ご相談者との続柄を示す書類（健康保険証など）が必要です。
- 患者さんが同意を与えた、患者さんを扶養しているご家族の方

\*ご家族のみで相談をお受けになるときには、患者さんご本人の同意書が必要となります

\*患者さんが未成年の場合でも 15 歳以上の方は、患者さんご本人の同意書が必要となります。

\*なお、同意書にご本人の同意及び署名が得られない場合はその理由を記入して下さい。

## ●ご相談時間および料金

- ご相談は完全予約制です。お申し込みをいただいたのちに、当方からご相談日時を連絡いたします。

- セカンドオピニオンは自由診療で行われますので、保険は効きません。

料金は、最初の60分間                      10,800円  
60分を超え90分まで              16,200円  
90分を超え120分まで              21,600円  です。

料金には、紹介状を書いていただいた主治医の先生への報告書作成料も含んでおります。

お問い合わせ、ご予約には料金はかかりません。

## ●お申し込み方法と相談当日までの流れ

### 1. お申し込み先

天理よろづ相談所病院 地域医療連携室

電話：0743-63-5611（内線）3113・3114

### 2. 受付時間

- ・ 平日 午前9時から午後4時まで、土曜日 午前9時から午前12時まで
- ・ 日曜日、祝日、開所記念日（4月1日）、年末年始は受け付けておりません。

### 3. 電話で係員が簡単にご相談の主旨等を伺った後、以下の書類をお送りいたします。

- ① 「セカンドオピニオン外来のご案内」（この案内書）
- ② 「申込書」、「同意書」
- ③ 「主治医の先生へのお願い」

4. 主治医の先生に「主治医の先生へのお願い」をお渡しのうえ、「セカンドオピニオン用診療情報提供書」を作成して頂き、資料(検査データ・画像データ(CD-R)等)の借用をお願いしてください。なお、当院のセカンドオピニオン外来では病理診断は行っていません。  
※診療情報提供書の用紙は、受診医療機関の書式で作成してください。
5. 「申込書」、「同意書」現在の主治医の先生からの「セカンドオピニオン用診療情報提供書」および「資料」を全て郵送にて 天理よろづ相談所病院 地域医療連携室宛(下記住所)にお送りください。  
※詳しい情報や検査資料等がない場合には一般的なお話しができず、有効なセカンドオピニオンの提供ができませんのでご注意ください。
6. 「申込書」、「セカンドオピニオン用診療情報提供書」に基づき、セカンドオピニオン外来担当医に確認の上、ご相談日時の候補を、お電話にて相談者様へご連絡いたします。
7. ご相談日当日の面談場所は診療科によって異なりますので、後程お送りする予約票を十分確認の上、ご来院下さい。
8. ご相談後、会計窓口にて会計をお済ませ下さい。(カード払い不可)

## ●連絡先

天理よろづ相談所病院 地域医療連携室  
〒632-8552 奈良県天理市三島町 200 番地  
TEL 0743-63-5611 (内線) 3113・3114  
FAX 0743-63-6158  
E-mail renkei@tenriyorozu.jp