

セカンドオピニオン外来のご案内

セカンドオピニオン外来では

- 他の医療機関で診療中の患者さんが、納得できるまで説明を受け治療方法を選択できるよう、当院医師が協力いたします。

対象者

- 患者さん本人及び患者さんの同意を得た家族
＜対象外患者さん例＞
 - ・ 本人の同意が得られていない場合
 - ・ 医療訴訟や主治医に対する不満・苦情に関する相談
 - ・ 医療費の内容や医療給付に関する相談
 - ・ 亡くなられた患者さんに関する相談
 - ・ 主治医からの診療情報提供書や検査資料の提供が得られない場合
 - ・ 特定の医師または医療機関への転院を希望している場合
 - ・ 相談内容が本院の専門外である場合
 - ・ 当院への転院を希望している場合（この場合は一般外来を受診願います）

対象疾患・セカンドオピニオン依頼先

- がん全般 西村 大作 副院長（申込先は地域医療連携課となります）

診療時間・場所・費用

- 診療時間・場所：担当する専門医により異なります
- 診療費用：自費診療
30分 10,800円 1時間 21,600円（1時間経過後、30分毎に 10,800円追加）

申込方法

- 現在受診している医療機関より当院地域医療連携課へ、FAX または郵送にて「セカンドオピニオン外来診療情報提供書兼申込書」を送付願います。
〒470-0396 豊田市浄水町伊保原 500-1 豊田厚生病院 地域医療連携課
TEL (0565) 43-5077 FAX (0565) 43-5030
- 担当する専門医、予約日が決まり次第、当院地域医療連携課より現在受診している医療機関へご連絡させていただきます。

受診時の持ち物

- 主治医のセカンドオピニオン外来用診療情報提供書
- 検査結果・画像写真等の診療記録
- 患者さん本人以外（代理人）が受診される場合は、「セカンドオピニオン外来代理人申込書」（患者さん本人の同意書）及び、代理人自身を証明するもの（免許証、保険証 等）

その他

- セカンドオピニオン外来は当院への転院や外来診療に繋がるものではありません。原則もとの紹介先へ受診して頂くようお願いいたします。

セカンドオピニオン外来 診療情報提供書兼申込書

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

セカンドオピニオン外来 _____ 先生

病院名 _____

医師名 _____

TEL:(_____) _____

FAX:(_____) _____

受診者：患者本人・代理人(代理人の場合は「セカンドオピニオン外来代理人申込書」必要)

予約確定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分 ~

フリガナ		生年月日	明大昭平
患者氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ TEL:(_____) _____		
受診歴	豊田厚生病院 受診歴 有(患者番号: _____) ・ 無		
疾患名			
セカンドオピニオン を受けたい理由			
経過及び検査結果 現在の処方等			
当日持参する資料	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 生理学検査結果 <input type="checkbox"/> 超音波検査結果 <input type="checkbox"/> その他(_____)		

*相談内容によっては、一般外来をご案内する場合がありますのでご了承願います

*患者本人以外が受診される場合は、代理人の方へ「セカンドオピニオン外来代理人申込書」の記入をご案内願います



JA愛知厚生連

豊田厚生病院
地域医療連携課

平日 8:30~19:00 第1・3土曜 9:00~12:00

電話:(0565)43-5077 FAX:(0565)43-5030



P-000011. 地域医療連携課. 2015/12/01

セカンドオピニオン外来 代理人申込書

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平
患者氏名	(男・女)		年 月 日 (歳)

フリガナ		続柄	
代理人氏名	(男・女)		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
住所	〒 ー		
電話番号	() ー ※平日の日中に連絡が取れるところを記入してください		
持参いただく資料	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来診療情報提供書兼申込書 <input type="checkbox"/> 検査結果・画像写真等の診療記録 <input type="checkbox"/> 患者さん本人以外(代理人)はセカンドオピニオン外来代理人申込書 <input type="checkbox"/> 患者さん本人以外(代理人)は自身を証明するもの(運転免許証、保険証等)		

セカンドオピニオン同意書

愛知県厚生連農業協同組合連合会

豊田厚生病院長 殿

私は、以下の代理人に私の病状等に関する資料を持参させ、貴院の担当医師
に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

同意年月日 西暦20__年__月__日

患者氏名(本人) _____ (自署)

代理人氏名 _____ (自署)

(患者との続柄) _____