

セカンドオピニオンについて

セカンドオピニオンとは、主治医(かかりつけ医)とは別の立場の専門医に診断・治療法などに関する意見を聞き、その意見を患者さまがご自身の治療法の参考にしていただくためのものです。決して主治医(かかりつけ医)の診断・治療法に対する判断を求めることを目的にするものではありません。

1. 対象となる方

相談される方は患者さまご本人及びその家族とさせていただきますが、ご本人が相談に来られない場合は、ご本人の『同意書』と患者ご本人さまとの続柄が確認できる書類(健康保険証、住民票等)の提示をお願いします。

(注)訴訟を目的にした場合や転医希望の相談はセカンドオピニオンの対象となりません。

『同意書』は別紙をご利用ください。

2. 申し込み方法

セカンドオピニオンは完全予約制ですので『セカンドオピニオン 申込書』を、事前に医事2課宛郵送又はFAXでお申し込み下さい。

〒605 - 0981

京都市東山区本町15丁目745番地

京都第一赤十字病院 医事2課

FAX (075) - 533 - 1283

『セカンドオピニオン 申込書』は別紙をご利用ください。

3. 必要な書類等

相談日には、現在かかられている医療機関からの検査資料(血液検査、超音波検査、内視鏡、心電図、病理検査、レントゲン・CT・MRI、その他)等をご持参ください。

なお、検査資料等がない場合には一般的な相談となりますのでご了承願います。

4. 相談日・相談時間

相談日は、月曜日から金曜日の午後3:00～午後5:00までの間とします。

相談日時は、一般の外来時間とは別に調整の上直接連絡します。

相談時間は、1時間以内とさせていただきます。

6. 費用

費用は、1回の相談につき21,000円です。(消費税含む)

なお、健康保険は適用されませんので全額自費となります。

お問い合わせ先 : 京都第一赤十字病院 医事2課

電話番号 : 075 - 561 - 1121(内線3601)

FAX : 075 - 533 - 1283

代理受診同意書

京都第一赤十字病院長 様

平成 年 月 日

ふりがな

患者様氏名

印

住 所

電話番号

()

私は、下記の者に私が現在かかっている医療機関の検査資料等を持参させ、京都第一赤十字病院の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。

相談者(代理受診者)

氏 名	患者様との続柄	連絡先(TEL・FAXなど)

*注1. 患者様ご本人の直筆でご記入をお願いいたします。ただし、自筆困難な場合は、代筆で結構です。

*注2. 相談者は、相談者本人を証明するもの(健康保険証、住民票等)をご持参下さい。

