セカンドオピニオン外来

セカンドオピニオンとは、現在診察を受けている医療機関の主治医とは違う医師の意見を求め、現在の治療の内容や他の治療法等について参考にしていただくことです。

（セカンドオピニオン外来受診の流れ）

1. 対象となる方
   現在、他の医療機関で受診中の患者さま、またはご家族の方が対象です。下記のような場合はセカンドオピニオンをお受けできませんので予めご了承ください。
   ・患者さま本人や現在の主治医が了承されない場合
   ・医療訴訟を目的とされる場合
   ・既に終了した治療に関する相談の場合
   ・当クリニックへの転院を目的とされる場合
   ・その他、セカンドオピニオンが不適切と思われる場合

2. 費用
   1 回（30 分以内）11,000 円、30 分を超える場合（1 時間以内）22,000 円
   全額自費になります。

3. 事前にご用意いただくもの
   ・セカンドオピニオン外来申込書及び同意書
   ・担当医からの診療情報提供書（紹介状）
   ・検査資料（血液検査データ、X 線検査データ、CT 検査データ等）。

4. 申込み方法
   予約制ですので、お電話でご予約ください（TEL: 06-6245-2117）。受診日についてはご希望をお伺いして、折り返してお電話でお知らせします。
   なお、上記 3.の事前にご用意いただく書類については、当日の時間を無駄にしないためにも、用意ができ次第、事前にご持参していただくか郵送をお願いします。

血液内科 太田クリニック・心斎橋　　院長　太田 健介

血液内科 太田クリニック・心斎橋　セカンドオピニオン外来申込書及び同意書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン外来の費用を支払うこと等に同意の上、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

西暦　　年　　月　　日　　患者氏名　　印
本人以外の相談者氏名　　印

<table>
<tr><td rowspan="2">患者様氏名</td><td>フリガナ
氏名</td><td>(生年月日)
大・昭・平・西暦　　年
月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡先住所　〒　　-</td><td>連絡先電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ご相談者</td><td rowspan="3">ご本人
・
その他</td><td colspan="2">その他の場合</td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏名</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td>連絡先住所　〒　　-</td><td>連絡先電話番号</td></tr>
<tr><td>患者様の現在の状況</td><td colspan="3">医療機関名：　　診療科名：
担当医名：　　病名：
現在の状況：通院中・入院中・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>相談目的</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>提出できる資料等</td><td colspan="3">□紹介状（診療情報提供書等）　　□検査データ
□画像データ（レントゲン、CT 等）　　□その他(　　)</td></tr>
<tr><td>相談内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※当クリニック記入欄

相談日時	西暦　　年　　月　　日　/　　時　　分～				
相談者への連絡	□完了		相談料	□説明完了	□徴収完了