

To 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター

FAX : (06) 6480-7721 (TEL: (06) 6480-7720)

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

## 県立尼崎総合医療センター

## セカンド・オピニオン外来予約申込書

申込日： 年 月 日

この申込書は、患者様のご記入または選択(チェック)の上、セカンド・オピニオン同意書と診療情報提供書(主治医が作成)を添えて、紹介元医療機関にて当院へFAX送信をお願いいたします。

## ◆ 紹介元医療機関の情報 (紹介元医療機関が記入)

医療機関名： \_\_\_\_\_

住 所：〒 \_\_\_\_\_

診療科： \_\_\_\_\_ 科 主治医名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 患者様記入欄 (太枠内)

## 患者様の情報

氏 名 (フリガナ)： \_\_\_\_\_ 性 別： 男 ・ 女

生年月日： (大正・昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 才)

疾患名： ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ 現在は (通院中・入院中)

## 来院相談者および相談内容

来院相談者 (フリガナ)： \_\_\_\_\_ 続 柄： 本人 ・ 家族

希望診療科： \_\_\_\_\_ 科

ご都合の悪い日： \_\_\_\_\_ ・ いつでも可

相談内容： \_\_\_\_\_

## ご連絡先

氏 名： \_\_\_\_\_

住 所：〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## \*尼崎総合医療センター記入欄

相談の受け入れの可否 → ( 可 ・ 否 )

## 相談可能な場合

診療予約日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

診療科： \_\_\_\_\_ 科 担当医師： \_\_\_\_\_

セカンド・オピニオンを希望される方へ

## 新型コロナウイルス感染症対策へのご協力をお願い

新型コロナウイルス感染症から皆様を守るために、セカンド・オピニオンで当センターへご来院される際には以下のことについて皆様のご協力をお願いいたします。

- 1 症状の有無にかかわらず、全員マスクを着用してご来院ください。
- 2 面談当日に検温をしていただき、37.5 度以上の発熱のある方は来院をお控え下さい。日程の変更をご希望の場合はご連絡ください。
- 3 面談の人数は2名までとさせていただきます。

兵庫県立尼崎総合医療センター

地域医療連携センター

TEL 06-6480-7000 (代表)

FAX 06-6480-7721 (直通)

## 県立尼崎総合医療センターで セカンド・オピニオンを希望される方へ

セカンド・オピニオンとは、現在診療中の医療機関での診断や治療などに関して、より良い決断をするために、当事者以外の専門的な知識を持った第三の医療者に意見を求めることを言います。

県立尼崎総合医療センターにおいても、セカンド・オピニオンとして、当院の当該専門医が患者様の現在受診中の医療機関の診療資料に基づき、面談し、治療方針等について、意見を提示しています。

### 【相談体制および診療料金】

完全予約制。

相談時間は30分程度で、診療料金は30分11,000円（返書作成料等を含む）。

時間が30分を超過した場合は、15分毎に2,300円をお支払いいただきます。

### 【相談をお受けできない場合】

- 1 主治医からの診療情報提供書（紹介状）がない場合
- 2 転院相談を前提とした受診
- 3 裁判のための相談
- 4 医療費・医療過誤に関する相談

注 当院では新たな診察や検査は実施しません。

紹介元医療機関での検査データ等が十分に揃っていない場合には、適切な医療検討が出来ないためにセカンド・オピニオンをお断りする場合があります。

### 【手続きと流れ】

- 1 現在受診中の医療機関を通して、「予約申込書」「同意書」「診療情報提供書」を当院地域医療連携センターへFAXしてください。
- 2 後日、当院からセカンド・オピニオン外来相談の可否、および、相談可能な場合には、外來說明日時を紹介元医療機関に連絡いたします。
- 3 相談可能の場合、紹介元医療機関から紹介状、レントゲンや検査データ等の資料を受け取り、同意書と共に診察時にご持参ください。  
（診療科によっては、事前に資料の送付をお願いすることがあります）
- 4 予約日時に、県立尼崎総合医療センターの総合受付までお越しください。
- 5 相談結果は相談者に伝えるとともに、患者様・家族様の承諾を得て、文書により紹介元医療機関の主治医に報告させていただきます。

〒660-8550 兵庫県尼崎市東難波町2丁目17番77号

兵庫県立尼崎総合医療センター

地域医療連携センター

TEL：06-6480-7000（代表）

FAX：06-6480-7721（直通）

