

当院のセカンドオピニオン外来のご案内

セカンドオピニオンとは、「医師をかえる」ことではありません。

病気の治療方針について、かかりつけ医（主治医）以外の医師の意見を聞く事です。

- ◆セカンドオピニオン外来は**完全予約制**です。（まず下記連絡先まで、お電話ください。）
- ◆**現在受診中の主治医の先生の診療情報提供書（紹介状）が必要です。**相談を担当する医師（診療科）は、提供いただいた診療情報提供書の内容を基に、専門性を考慮したうえで、当方で決定します。
- ◆セカンドオピニオンは相談であり、診察ではありません。検査や治療行為（投薬投与、処置）は行いません。
- ◆患者さんご本人の来院が原則ですが、当日患者さんが同席できない場合、患者さん本人が申込者でない場合は、申込書下部欄へ患者さんの署名の記入が必要となります。
- ◆以下のような相談には応じられません。
 - ・当院への転医治療を目的とする場合
 - ・主治医や通院中の医療機関に対する不満
 - ・死亡した患者さんを対象とする場合
 - ・医療事故、医療訴訟に関する相談
 - ・精神疾患に関する相談
 - ・ご本人とご家族以外の方からの相談
 - ・当院に該当の専門医がない場合
 - ・治療、診断に関すること以外の相談

その他お申込み内容などにより、通常外来診療をお勧めする場合や、お断りさせていただく場合もございます。

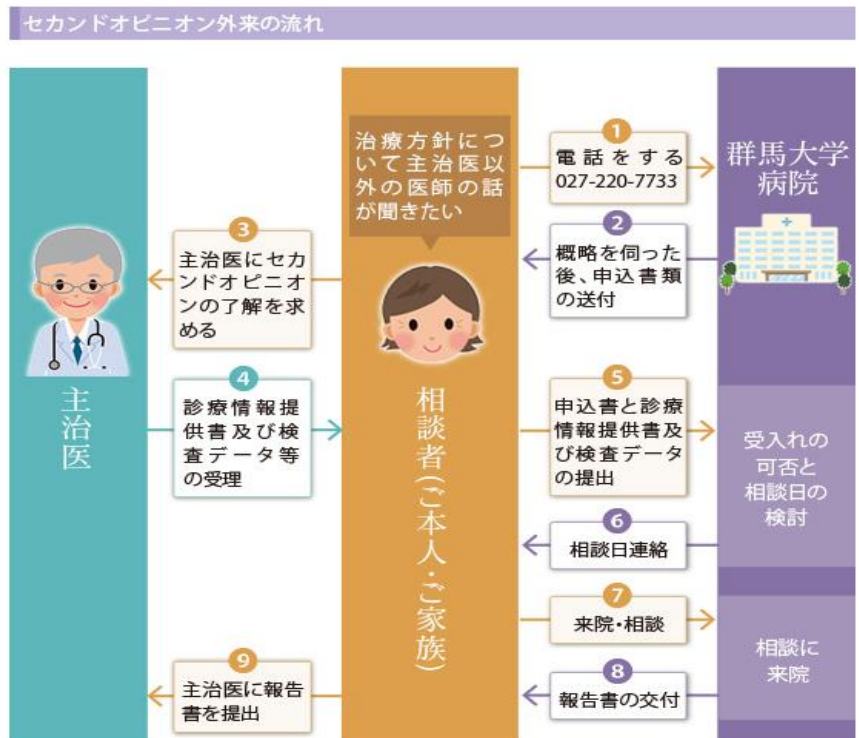
◆**重粒子線治療は、原則としてセカンドオピニオンとしての取り扱いはいたしません。**

重粒子線治療の適応の可否の判断を希望される場合は診察を受けて頂きます。診察は完全予約制となっております。予約のお申込みは医療機関からお願いします。

【日程・費用など】

- ・お申込みから2週間程度を目安に日程を組ませていただきます。
- ・健康保険の適用とならないため全額自己負担になります。
- 費用は**33,000円（税込）**です。
- ・相談、担当医からの報告書作成を含めて概ね1時間です。
- ・原則、相談中の録音・録画はご遠慮ください。

【お問合せ・お申込み先】



群馬大学医学部附属病院 患者支援センター【セカンドオピニオン外来】

〒371-8511 群馬県前橋市昭和町三丁目39番15号

TEL **027-220-7733**

受付時間・診療日／13:00～17:00(土・日・祝日除く)

群馬大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 申込書

下記事項1～4に同意の上、セカンドオピニオン外来を申し込みいたします。

1. 訴訟等の目的に使用しないこと。
2. 原則、相談中に録音・録画をしないこと。
3. 相談の際に受領した資料を第三者(紹介元医療機関を除く)へ提出しないこと。
4. 自由診療料金として定められた金額 33,000円を支払うこと。

令和 年 月 日 相談申込者氏名 _____ (自署)

患者さんとの続柄 _____ ご本人 ・ ご家族(続柄 _____)

相談申込者連絡先 (相談日時のご連絡をします)	自宅TEL (_____)	—
	携帯TEL (_____)	—

フリガナ		性別
患者さん氏名		(男・女)
患者さん 生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)	
現在の状況	1. 入院中 2. 通院中 (どちらか○で囲んでください)	
いつ、何と診断されたましたか	#1 病名(_____) 発病または診断の時期 年 月頃	
	#2 病名(_____) 発病または診断の時期 年 月頃	
主治医から今後の治療法についてどのような説明を受けていますか		
相談の具体的な内容 (必須)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content;"> ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には別紙でも結構です。 </div>	

※患者さんご本人が申込者でない場合、当日患者さんが同席できない場合は下記にも必ずご記入ください。

私(患者さん氏名) _____ は、(相談申込者) _____ に対して、
 貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されること、および上記事項1～4に同意いたします。

令和 年 月 日

患者さん氏名 _____ (自署)