

長野市民病院セカンドオピニオン外来について

当院のセカンドオピニオン外来は、当院以外の医療機関（主治医）にかかられている患者さんが、その主治医の同意と了解のもと、現在お受けになっている診療やその方針等に関し、当院の医師による第二の参考意見をご希望される場合を対象といたします。

よって、当院セカンドオピニオン外来では、診療・診断・検査・処方等は一切行いませんし、患者さんがはじめから主治医を変えたいという意思をお持ちの場合等は対象となりません。すなわち、患者さんが現在の主治医の診療を納得して受けられるよう十分な情報を提供して支援することを目的としております。

<当院セカンドオピニオン外来の対象となる方>

- ・主治医の同意と了解のもとに、主治医からセカンドオピニオン紹介状（「診療情報提供書」）が得られる方。（なお、ご本人によるご相談を原則としますが、ご本人の同意書があればそのご家族等でもご相談いただけます。）

<当院セカンドオピニオン外来の対象とならない方>

- ・主治医からセカンドオピニオン紹介状（「診療情報提供書」）が得られない方。
- ・主治医や医療機関との間での紛争解決や訴訟が目的の方。
- ・はじめから主治医を代えたい（当院へ転院したい）という意思がおりの方。
- ・ご相談内容が当院医師の専門外の内容である方。

<費用>

- ・当院のセカンドオピニオン外来には健康保険が適用されませんので、全額自己負担となります。
- ・最初の60分まで11,000円（税込。以下同じ）。以後30分以内の超過ごとに5,500円が加算されます。

長野市民病院セカンドオピニオン外来

同 意 書

私は、上記の内容に同意いたします。

年 月 日 _____ (患者さんご氏名) 印

患者さんが来られず、代理の方のみがおみえになる場合は、患者さんにおいて下記もご記入ください

私は、貴院医師が (代わりにいらっしゃる方のご氏名) _____ に対し、相談内容について意見を述べ、また、その者に私の主治医あて返書等を交付する（作成された場合）ことに同意いたします。

年 月 日 _____ (患者さんご氏名) 印