

南大阪小児リハビリテーション病院
セカンドオピニオン申込書

現在かかっている医療機関の診療に関する資料を提出して頂く必要があります。

南大阪小児リハビリテーション病院
セカンドオピニオン受付 宛

FAX : 06-6699-8734

記入日： 年 月 日 ※ 以下の病院記入欄には記入しないでください

フリガナ			性別
患者氏名	様		男・女
生年月日	年 月 日()歳	当院の受診歴	無・有 (ID :)
住 所	〒 TEL ()		
面談代表者氏名	フリガナ	患者との続柄	面談者数 人
	TEL		
返信先	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 面談者	TEL FAX	
現在の診療状況	医療機関名		
	科名		
	医師名		
	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		
提出できる資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> その他()		
相談希望科	科		先生
病 名			
【ご相談の具体的な内容】			
担当医と相談の上 日時を決定するため、お返事に日数を要します。ご了承ください。			
備考			
〒546-0035 大阪市東住吉区山坂 5 丁目 11-21 南大阪小児リハビリテーション病院			
セカンドオピニオン受付 TEL : 06-6699-8731 FAX : 06-6699-8734			
病院記入欄			
申込書受理日			
年 月 日			
受理者氏名			
事前資料提出 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> その他()			
事前資料受理日			
年 月 日			
資料を渡した日			
年 月 日			
担当診療科名			
担当医師名			
面談予約日時			
年 月 日 時 分～			
面談者への連絡日			
年 月 日			
連絡者氏名			
料金 ¥			
備考			

セカンドオピニオン外来の案内

当院ではセカンドオピニオンを完全予約制で実施しています。

セカンドオピニオンとは

現在、診療を受けている主治医以外の医師から、現在を受けている診療の内容や他の治療法等について意見を聞くことをセカンドオピニオンと言っています。

セカンドオピニオンの目的

他の医療機関で治療を受けている患者様またはご家族が当院の医師がその疾病にかかわる治療法等の情報を提供することで、患者様またはご家族が納得できる医療を選択できるようになることです。

1. 対象者

他の医療機関で治療を受けている患者様またはご家族で以下の様な方が対象です。

1. 主治医の診断や治療方針の説明を受けたが、どうしたらいいか悩んでいるとき
2. いくつかの治療方針を提示されているが、迷っているとき
3. 他に治療法はないかと考えているとき

2. 対象疾患

当センターの医師が専門とする疾患。専門外の場合はお受けできない場合もあります。

3. 実施方法

セカンドオピニオン申込書に内容を記入し必要書類と一緒に地域医療・福祉相談室までFAX（06-6699-8734）にてお申込み下さい。

※申込書は当センターHPから取得、もしくは地域医療・福祉相談室まで問合せください。

必要書類は ①現在受診されている主治医からの診療情報提供書（紹介状） ②画像データ ③検査データ等が必要となります。患者様以外の方が相談に来られる場合は別途相談同意書が必要となります。ご希望をお聞きした上で当センターの医師と調整のうえ、お返事致します。

(1) 時間は原則1時間以内となります。

(2) 相談内容

診断治療に関することに限ります。治療結果の評価、医療費用の内容、医療給付に関わること、医療訴訟の問題、死亡した患者様を対象とする場合などは相談の範囲外となりますのでご了承ください。

4. 料金

22,000円（税込）全額自費診療になります。

主治医への報告書の提出

セカンドオピニオンの内容は現在受診されている主治医に報告致します。予めご了承下さい。

問い合わせ先：06-6699-8731 地域医療・福祉連携室

南大阪小児リハビリテーション病院

院長 川端 秀彦