

# 「聖隷横浜病院 セカンドオピニオン」

## 必要書類について

### ①「聖隷横浜病院 セカンドオピニオンについて」

- ・当院でのセカンドオピニオンについての説明になります。
- ・当院でのセカンドオピニオンをご希望の場合は、必ずお読みください。

### ②「聖隷横浜病院 セカンドオピニオン申込書」

- ・「聖隷横浜病院 セカンドオピニオンについて」をご理解していただいた上でご記入をお願いいたします。
- ・こちらの申込書は、セカンドオピニオン当日に受付にてご記入いただくか、事前にお書きいただき当日にご提出をいただくものになります。

### ③「聖隷横浜病院 セカンドオピニオン同意書」

- ・ご本人が来院できず、ご家族のみが来院される場合に必ず必要な書類になります。
- ・同意書は事前にご本人よりご記入をいただく様になりますので、セカンドオピニオン当日に書類がない場合はご相談をお受けいたしかねますので、お気をつけください。
- ・ご相談者は、運転免許証、保険証等本人を証明するものをご持参ください。
- ・相談者に記載がない方は、セカンドオピニオンをお受けできません。

## 「聖隷横浜病院 セカンドオピニオンについて」

### <セカンドオピニオンとは>

セカンドオピニオンとは患者さんが納得のいく治療法を選択することができるように、治療の進行状況、次の段階の治療選択などについて、現在診療を受けている担当医（主治医）とは別の医療機関の医師に意見を求めることです

### <対象者について>

- ・原則、患者さんご自身が来院されることを対象としています
- ・ご家族の方でも相談は可能ですが、その場合、患者さん本人の同意書が必要となります

### <セカンドオピニオンのお受け出来ない場合>

- ・当日の診察や検査・治療をご希望される場合
- ・現在の診療に関わるトラブルや医療過誤及び訴訟に関するご相談
- ・死亡された患者さんを対象としたご相談
- ・医療費の内容や医療給付についてのご相談

その他、ご相談内容によってはお受けできない場合もございます

### <診療について>

- ・完全予約制です。窓口もしくは下記へご連絡の上、予約をお取りください

### <料金について>

- ・自費診療になります
- ・1時間 16,500円（税込）
- ・30分ごとの延長にあたり 5,500円（税込）がかかります

### <ご用意いただくもの>

- ・診療情報提供書（セカンドオピニオン用）、画像データ、病理結果 等

### <診療情報提供書作成医師に対して>

- ・報告書の作成、返信を行います

### <当院への受診を後日希望される場合>

- ・セカンドオピニオン後、改めて紹介状をご持参いただき、診療受付時間内のご案内となります

お問い合わせ先 聖隷横浜病院  
地域連携・患者支援センター（地域連携室）  
TEL：045-715-3194（地域連携室 直通）  
TEL：045-715-3111（代表）

## 聖隷横浜病院 セカンドオピニオン申込書

- ・セカンドオピニオン目的以外（訴訟等）に使用しないこと
- ・相談料として、貴院で定められた自由診療費を支払うこと
- ・診療情報提供書を作成した医師へ報告書の返信を行うこと

上記及び「聖隷横浜病院 セカンドオピニオンについて」を理解し、

貴院へのセカンドオピニオンを申込みます。

申込日：                    年                    月                    日    (ID:                    )			
患者 ご 本人	氏名 性別	(フリガナ)  <span style="float: right;">( 男 ・ 女 )</span>	
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年                    月                    日
	住所	〒                    -	
	連絡先	自宅：                    -                    -                    ・携帯：                    -                    -	
相 談 者	続柄	本人 ・ 家族    (続柄：                    )	
	氏名 性別	(フリガナ)  <span style="float: right;">( 男 ・ 女 )</span>	
	住所	〒                    -	
	連絡先	自宅：                    -                    -                    ・携帯：                    -                    -	
患者様の現在の状況			
病名			
医療機関名			
科・主治医	科		医師
入院中                    ・                    通院中                    ・                    その他 (                    )			
・ ご相談内容			

# 聖隷横浜病院 セカンドオピニオン同意書

社会福祉保人 聖隷福祉事業団  
聖隷横浜病院 病院長様

私は貴院にセカンドオピニオンを依頼するにあたり、  
下記相談者へ私の病状について、現在の診断や治療方針等の意見を述べること、  
及び相談料として貴院の自由診療として定められた金額を支払うこと  
診療情報提供書作成医師に対し報告書の作成及び返信することに同意いたします。  
(自費診療費：1時間 16,500円(税込)、1時間超え30分ごとに5,500円(税込))

本人： (フリガナ )

氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 (T・S・H・R) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

①相談者： (フリガナ )

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

②相談者： (フリガナ )

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

③相談者： (フリガナ )

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

\*相談者は、運転免許証、保険証等本人を証明するものをご持参ください。

\*相談者に記載がない方は、セカンドオピニオンをお受けできません。