

杏林大学医学部附属杉並病院セカンドオピニオン外来のご案内

杏林大学医学部附属杉並病院では、『あたたかい心のかよう、良質な医療を患者さんに提供します』という理念のもと、セカンドオピニオン外来を開設しています。

患者さんの病状や治療内容・治療方針について、患者さん自身やご家族が納得して治療を受けるための判断材料として、当院の専門家の参考意見をご提供いたします。

セカンドオピニオン後は、現在おかけの主治医のもとへ戻っていただくことが原則となります。

※セカンドオピニオンでは、ご相談内容にかかわる新たな診療行為（治療・検査・投薬等）はいたしません。

※患者さんの状態を客観的に評価し、参考意見をご提供するため、現在おかけの医療機関からの紹介状（診療情報提供書）・検査資料等が必要となります。

※相談内容によりましては、セカンドオピニオン外来よりも一般外来の受診をお勧めする場合がございます。

対象者	当院以外の医療機関で診療を受けている患者さん、またはそのご家族 （本人代理としてご家族のみで面談に参加される場合は、患者さん直筆でご記入いただいた相談同意書が必要です。患者さんが相談同意書に対する判断ができない場合は、続柄を確認できる書類が必要となります。） ※杏林大学医学部附属病院に受診している方は対象外
費用	ご相談時間 30 分まで 16,500 円、30 分越え最大 1 時間まで 33,000 円（消費税込） ※全額自費（健康保険は適応されません） ※料金には紹介状（診療情報提供書）を作成いただいた主治医への報告書作成料も含まれます。

＜＜実施していない診療科＞＞

○メンタルヘルス科 ○放射線科 ○病理診断科 ○リハビリテーション科 ○呼吸器内科

＜＜対応していない内容＞＞

○当院への転院のご相談 ○主治医に対するクレームや不満
○当院での治療を希望する場合 ○医療費の相談
○医療事故や訴訟に関する内容 ○外国語による紹介状（日本語翻訳した物を含む）や
○相談内容が当院の専門外である場合 外国語での説明を要する場合
○死亡された患者さんを対象とする場合
○主治医が杏林大学医学部附属杉並病院の医師の場合 等

お問い合わせ窓口

杏林大学医学部附属杉並病院 患者支援センター 地域医療連携係

〒166-0012 東京都杉並区和田2-25-1

電 話 03-5340-5104（地域医療連携係直通）

F A X 03-5340-4460（地域医療連携係直通）

お申し込みからセカンドオピニオン終了までの流れ

1 案内書等のお受け取り

当院より案内書一式をお送りいたします。

○セカンドオピニオン外来のご案内（1 枚）

○お申し込みからセカンドオピニオン終了までの流れ（本用紙 1 枚）

○セカンドオピニオン外来申込書（1 枚）

○相談同意書（1 枚） ※本人代理としてご家族のみで面談に参加する場合は、相談同意書が必要となります。患者さんの直筆で各事項をご記入の上、ご提出ください。

2 お申し込み

申込書に全ての事項をご記入後、FAX または郵送でお申し込みください。

※ご郵送の場合、この時点で紹介状・資料等のご準備がお済みでしたら、申込書とまとめて送っていただいて構いません。

FAX 番号 03-6382-4460 ※お間違いのないようご注意ください。

3 当院から受諾可否・候補面談日のご連絡、面談日決定

担当医がセカンドオピニオンとしてお受けできるか判断し、担当者から結果をご連絡いたします。

お受けできる場合は候補面談日と紹介状・資料の提出期日をお伝えいたします。

面談日は、紹介状・資料等がご準備できるお日にちを確認されてからお選びください。

※相談内容により、お受けできない場合や一般外来の受診をお勧めする場合があります。

※お申し込みから受諾可否・候補面談日のご連絡までに 1 週間以上かかる場合があります。

※候補面談日は、お申し込みから 2 週間～1 ヶ月先のお日にちとなります。

4 面談日前に紹介状・資料をご提出

紹介状・資料はお伝えした期日までに、下記宛にできる限り追跡可能な郵便や宅配でご提出ください。

〔郵送先〕

杏林大学医学部附属杉並病院 患者支援センター地域医療連携係
〒166-0012 東京都杉並区和田2-25-1

5 セカンドオピニオン当日

当日は予約時間の 15 分前までに外来棟 1 階『地域医療連携・初診受付』までお越しください。

※面談時の録画・録音についてはご遠慮ください。

6 ご報告

セカンドオピニオン終了後、面談者様とご紹介いただいた主治医へ報告書を交付いたします。

杏林大学医学部付属杉並病院セカンドオピニオン外来 申込書

『杏林大学医学部付属杉並病院セカンドオピニオン外来のご案内』の内容を十分理解した上で、以下の内容の通りにセカンドオピニオン外来を申し込みます。

(患者様または面談者)

年 月 日

ご署名

㊞

※お申し込み・ご面談は患者様とご家族のみ

フリガナ 患者様氏名	様 (男・女)	生年月日 明・大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
〒 ー 住所		固定電話 FAX番号 携帯電話
面談者様 氏名	様	患者との続柄 本人 ・ 家族 ()
〒 ー 住所		固定電話 FAX番号 携帯電話
希望診療科	希望医師名(任意記入)	
※記入いただける希望診療科は1科までとなります。 診療科・医師については、病状により当院で再調整させて頂く場合がございます。		
《傷病名》 《ご相談内容・病状等》 詳しくご記入ください。記入欄が足りない場合は別紙をご添付ください。		
紹介状のご準備状況(該当項目に○をご記入ください。) 1. ご準備済 2. ご準備中→※完成予定日()頃 3. これからご依頼 ※分かれば完成予定日をご記入ください。		
現在おかけの医療機関名称	診療科	主治医氏名
	科	先生
〒 ー 所在地	電話番号	