

Kochi Health Sciences Center

高知医療センター

セカンドオピニオン相談外来



当センター以外の医療機関で診療を受けられている方に、病状や治療法について当センターの医師が参考となる情報や意見を提供する「セカンドオピニオン相談外来」を始めました。

なお、ご相談に来られた日に当センターで新たな検査や治療は行いませんし、その場で当センターに転院をお勧めしたり、当センターでの診療予約をお取りすることもできませんのでご了承下さい。

1.相談できる方

ご本人のご相談を原則としますが、患者さんの同意書をお持ちになればご家族（配偶者、親、子、兄弟および二親等までの親族の方）だけでもご相談は可能です。ただし、患者さんが未成年の場合には、続柄を確認できる書類（健康保険証等）が必要です。

2.相談内容

ご相談の内容は、病気の診断や治療に関することに限ります。当初は、消化器がんの診断・治療法に関するご相談、および放射線治療に関するご相談のみお受けいたします。

3.相談をお受けできない場合

- 1) 予約をしていただいていない場合
- 2) 最初から当センターへの「転院」を希望されている場合
- 3) 主治医の診療情報提供書、検査データ、レントゲン写真などをお持ちでない場合
- 4) 相談内容が当センターの専門外である場合
- 5) ご本人とそのご家族以外の方のご相談
- 6) ご家族でもご本人の同意書をお持ちでない場合

また、次の目的でのご相談のお申し込みもお受けできません。

- 1) 主治医に質問がしにくいので、今の治療法でいいのかどうか、他の医療機関でじっくりと話を聞いてみたい
- 2) 主治医が良い医師であるかどうか聞きたい
- 3) 主治医の治療に不安があるので、主治医に内緒で話を聞きたい
- 4) 主治医への不満、苦情
- 5) 以前に受けた治療が正しかったどうか聞きたい
- 6) 以前に受けた治療に医療ミスがあったかどうか調べたい
- 7) 医療事故、医療過誤および裁判係争中に関するご相談
- 8) 医療費の内容、医療給付に関わるご相談

4. 相談時間および料金

- 1) 相談日は毎週月曜日午前で、完全予約制です。
- 2) 自由診療で行われます。
保険証は使えませんのでご注意ください。(ただし、ご本人の確認を行いますので、保険証はお持ちください。)
- 3) 予約は、お申し込みをいただいたのちに、担当する医師と患者さんのご都合を調整したうえで、相談日を当センターからご連絡いたします。
- 4) 相談時間は1件について約1時間までとし、45分間にわたり原則として1人の医師が相談を受けたのち15分で主治医へのご報告書を作成します。場合によっては最大30分延長いたします。
- 5) 紹介状を書いていただいた主治医の先生へのご報告書の作成費を含め、費用は

1時間まで 10,500円(消費税込み)
以降30分毎に 5,250円(消費税込み) です。

- ・相談料金は、ご相談が終了したあとに会計窓口でお支払いいただきます。
- ・お問い合わせや予約には料金はかかりません。キャンセルも可能です。

※セカンドオピニオン相談外来を受診した当日に、当センターの一般外来の予約は、他科受診の場合でもお取りいただけません。

5. セカンドオピニオン相談外来に持参していただくもの

- 1) 「相談同意書」: ご相談者をご本人以外の場合は、相談同意書が必要です。
- 2) 続柄を示す書類: ご相談者をご家族だけの場合、および、患者さんが未成年の場合は、ご相談者との続柄を示す書類(健康保険証など)が必要です。
- 3) 「主治医からの診療情報提供書」: 現在の医療機関での治療や検査等について書かれたもので、主治医の先生に作成をお願いしてください。
- 4) 血液検査などの結果: 診療情報提供書に記載があれば結構ですが、これ以外に用意できるようであればご持参ください。
- 5) レントゲン写真: 超音波、CTやMRI、レントゲン等のフィルムを撮られている場合には、主治医の先生からお借りしてきてください。

6. ご連絡先

高知医療センター まごころ窓口 セカンドオピニオン相談外来担当

〒781-8555 高知市池2125-1

TEL: **088-837-6777**

FAX: **088-837-6778**

相談までの流れ

お申し込み・お問い合わせ



高知医療センター・まごころ窓口 セカンドオピニオン相談外来

③ お電話・FAXで相談の
お申し込み

④ セカンドオピニオン相談外来
のご案内・申込書・主治医の
先生へのお願い・同意書を郵
送またはFAX

⑤ 申込書・同意書を郵送また
はFAX

⑥ 担当医と相談のうえ相談日時を
決定し、患者さんにご連絡

主治医宛の診療情報提供書を提出



患者さんおよびご家族

① セカンドオピニオン相談外来
を受診したい

② 診療情報提供書・検査データ・
レントゲンフィルムなどを提供



通院されている医療機関の主治医



JR高知駅からタクシーで約20分、バスで約30分

◆お車で来院される場合

高知インターから、五台山・桂浜方面に進み、県道44号線を道なりに直進。
高知新港へ向かう途中にあります。

◆バスで来院される場合

高知県交通バス(電話:088(845)1611)

長浜、横浜ニュータウンから「五台山道路・県立美術館」行きに乗車、「高知医療センター」で下車。

土佐電ドリームサービス(電話:088(832)2210)

高知駅または、はりまや橋から「高知医療センター」、「高知女子大」行きに乗車、
「高知医療センター」で下車。

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

平成19年3月(平成18年度高知県がん診療連携拠点病院機能強化事業)

高知医療センターセカンドオピニオン相談外来申込書

平成 年 月 日

フリガナ 患者様の氏名		男・女	生年 月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (歳)
患者様の 住所・連絡先	〒 TEL : FAX :				
フリガナ ご相談者の氏名 <small>(患者様ご本人、又は患者様の 同意を得ているご家族)</small>		患者 様 との 続柄	本人・本人以外()		
ご相談者の 住所・連絡先	〒 TEL : FAX :				
疾患名	* * *				
ご相談の内容 <small>(ご自由にお書き下さい。書ききれ ない場合は、別紙にお書き下さい。)</small>					
相談希望日	年 月 日頃 (できるだけ早く)				
患者様の 現在の状況	入院中・通院中・自宅療養中・その他()				
主治医の お名前と医療機関	病院・診療所・() 科 先生				
主治医の連絡先 <small>(おわかりになる範囲で結構です)</small>					
持参できる資料	紹介状・検査結果・レントゲン写真(CT・MRI・超音波・透視撮影・ 病理診断結果・その他())				

<病院記載欄>

受付番号		受付年月日	平成 年 月
担当診療科		担当医師	
相談時間	平成 年 月 日()	午前・午後	時 分

高知医療センター まごころ窓口
TEL: 088 (837) 6777
FAX: 088 (837) 6778

セカンドオピニオン相談外来相談同意書

平成__年__月__日

高知医療センター病院長 堀見 忠司殿

私（患者様氏名）_____は、本同意書を持参しました
（相談者氏名）_____（続柄）_____に対して、貴院
担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつつま
して、意見や判断、治療法について述べ、私の主治医あてに報告書を作成さ
れることに同意いたします。

なお、今回の相談内容が、相談者を介して漏洩するなど不測の事態が生じ
た場合は、責任の所在は私本人と相談者にあることを了承いたします。

住 所 _____

生年月日(大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

氏 名(患者氏名) _____

_____病院_____科

_____先生ご侍史

高知医療センターセカンドオピニオン相談外来から

主治医の先生へのお願い

平素より、地域医療連携に関しまして、格別のご配慮を賜りまして、心より御礼申し上げます。

さて、この度貴院の患者様である_____殿が、当院のセカンドオピニオン外来の受診を希望されております。当院のセカンドオピニオン相談外来では、これまでの画像所見、検査結果や治療内容を通して、私どもの意見や判断をお伝えし、患者様が今後の治療方針を選択される際の参考としていただくことを目的としております。セカンドオピニオン相談外来受診時には新たな検査や治療を行いませんので、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、これまでの診断・治療内容につきまして、診療情報提供書にてお知らせいただきますとともに、レントゲン写真等の検査資料を貸し出していただきますことをご了承下さいませ。当院での相談内容につきましては、相談終了後、改めまして御報告申し上げます。

何卒当院でのセカンドオピニオン相談外来の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りましたら幸いです。宜しくお願い申し上げます。

平成_____年_____月_____日

高知医療センター病院長 堀見 忠司