

# 愛知医科大学病院 がんセカンドオピニオン外来のご案内 (完全予約制)

## 1 がんセカンドオピニオン外来の目的

当院で行うがんセカンドオピニオン外来は、当院以外の医療機関に受診中の患者さんを対象に、当院の専門医が患者さんの主治医からの情報等をもとに、がんの診断内容や治療法等に関して意見や判断を提供いたします。その意見や判断を、患者さんがご自身の治療に際して今後の参考にさせていただくことが目的です。

## 2 相談できる方

- (1) 患者さんご本人
- (2) 患者さんの同意書をお持ちのご家族の方  
(その場合には、続柄を確認できる書類<健康保険証など>をご持参ください。  
なお、患者さんが未成年の場合は、相談にお越しになるご家族との続柄を確認できる書類が必要です。)

## 3 相談内容

- (1) 現在の診断・治療法に関する専門医としての意見提供
  - (2) 今後の治療法や見通しに関する専門医としての意見提供
- なお、ご相談された内容については、現在受診中の医療機関の医師にご報告させていただきます。また、当院での治療・検査等はいりませんのであらかじめご了承ください。

## 4 セカンドオピニオンの提供ができない場合

- (1) 最初から、当院への転院をご希望の場合
- (2) 医療訴訟や医療苦情に関する相談
- (3) 医療費の内容や医療給付に関する相談
- (4) 亡くなられた患者さんに関する相談
- (5) 相談内容が当院のがんセカンドオピニオン外来対象疾患外である場合
- (6) 主治医からの診療情報提供書や検査資料等の提供が得られない場合
- (7) 予約のない場合

## 5 相談に必要なもの

新たな検査や治療は行わず、患者さんからのお話や主治医の先生からの資料の範囲以内で判断をくださることになりますので、検査結果等が必要になります。

- (1) 相談者をご本人以外の場合は、「がんセカンドオピニオン外来相談同意書」及び未成年の場合は、続柄を確認できる書類（健康保険証等）も必要です。
- (2) 主治医の先生が記入した「がんセカンドオピニオン外来用診療情報提供書」
- (3) 各種検査資料等を主治医からお借りください。
  - 血液検査記録 ○レントゲンフィルム ○生理学検査の結果
  - 超音波検査の結果と画像 ○CT・MRI検査などのフィルム
  - 病理検査の報告書 など
- (4) 主治医の先生からの情報や検査資料等がない場合は、有効なセカンドオピニオンを提供できませんので、診療情報提供書、検査資料等を必ずお持ちください。

## 6 相談費用及び時間

- (1) 全額自己負担となります。（健康保険の適用はございません）
- (2) 費用は1回33,000円（税込み）です。
  - ※相談当日、事前にお支払いいただきます。
- (3) 相談時間は、主治医の先生への報告書作成を含め、1回1時間までといたします。

## 7 対応診療科と対象疾患

対応する診療科と対象疾患は、がんセカンドオピニオン外来対象疾患一覧表に記載された疾患のみです。記載されていない疾患で申し込みされてもお受けすることはできません。

事前にご連絡いただいた相談内容に基づいて、当院の専門医が判断してご相談の可否を決定します。内容によってはお受けできない場合もございますのであらかじめご了承ください。

## 8 セカンドオピニオンの流れ

- (1) 電話で、医療連携センター（地域医療連携室）にがんセカンドオピニオン外来利用のための書類の郵送を依頼してください。
  - <電話番号> 0561-65-0221（直通）
  - <受付時間> 13:00～16:00（月～金）（土・日・祝日・年末年始を除く）
- (2) 医療連携センター（地域医療連携室）から以下の書類が郵送されます。
  - なお、書類は当院ホームページからダウンロードもできます。
  - ① 「がんセカンドオピニオン外来のご案内」
  - ② 「がんセカンドオピニオン外来申込書」（様式1）
  - ③ 「がんセカンドオピニオン外来から主治医へのお願い」（様式2）
  - ④ 「がんセカンドオピニオン外来用診療情報提供書」（様式3）
  - ⑤ 「がんセカンドオピニオン外来相談同意書」（様式4）（相談者をご本人以外の場合）
- (3) 主治医の了解を得た上で、「がんセカンドオピニオン外来申込書」に必要事項を記載して、医療連携センター（地域医療連携室）に返送してください。
  - （FAX又は郵送） <FAX番号> 0561-65-0225

- (4) 専門医が相談の可否を判断した後、ご相談日時をご連絡いたします。
- (5) 主治医の先生に「がんセカンドオピニオン外来から主治医へのお願い」を添えて、「がんセカンドオピニオン外来用診療情報提供書」の記載を依頼してください。併せて各種検査資料等をお借りください。  
(必要に応じて、事前にご持参又は郵送をお願いすることがありますので、ご了承ください)
- (6) 相談日当日は、**16** 総合受付の紹介受付までお越しください。
- (7) 相談後、主治医の先生へ報告書を郵送いたします。

— お申し込み・お問い合わせ先 —

愛知医科大学病院 医療連携センター（地域医療連携室）

住 所：〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1

電話番号：0561-65-0221 FAX番号：0561-65-0225

時 間：13:00～16:00（月～金）（土・日・祝日・年末年始は除く）