年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

セカンドオピニオン外来の申込みについて

「セカンドオピニオン外来」につきましてご案内申し上げます。

「セカンドオピニオン外来申込書」に必要事項をご記入の上、以下の書類を添えて、FAX または郵送にてお送りください。その後予約日時が決まりましたら、お電話にてご連絡差しあげます。なお、完全予約制のためご希望の日時に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

申込みに必要なもの

1. **セカンドオピニオン外来申込書**
2. **診療情報提供書（紹介状）**（原本は相談当日にご持参ください。）
3. 血液検査結果や検査画像など
4. 同意書（ご家族だけのご相談の場合）

※　1・2・4（ご家族だけのご相談の場合）は必ず事前にお送りください。3 につきましては当日でも結構です。

何かご不明の点がございましたら下記までご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター
地域医療連携室
〒791-0288　愛媛県松山市南梅本町甲 160
代表電話　089-999-1111
直通電話　089-999-1201
FAX　089-999-1115

セカンドオピニオン外来とは

四国がんセンター以外でがんと診断された方に対し、現在受けられている医療機関での情報を基に助言をおこなうことを目的とする外来です。

セカンドオピニオン外来では検査や治療は行いません。また、医療訴訟や給付などの相談・転院希望など直接治療にかかわる相談には応じられませんし、当院での治療や検査を希望される場合も対象となりません。

なお、完全予約制で実施させていただいておりますので、相談希望の方は事前に申し込みが必要となります。

相談を受けることができる方	現在どこかの病院にかかっていて、「がん」もしくは「がんの疑い」があると診断された患者さん、または患者さんの同意を得られているご家族
担当医師	相談内容によって、担当する医師を決定します。
日時と時間	担当医と確認し、平日の8時30分～16時30分の中で調整させていただきます。 相談時間は30分～60分程度です。 ※予約日時の決定まで数日かかる場合がございます。ご了承ください。
相談料	60分まで　22,000円（税込）　以降30分ごとに　11,000円　(税込) 相談時間には報告書作成15分を含みます 公的保険の適用ではありませんので、費用は全額自己負担となります。 クレジットカードがご利用いただけます。 VISA、JCB、MasterCard、AMERICAN EXPRESS、ダイナースクラブ
準備物	セカンドオピニオン外来申込書 診療情報提供書（紹介状） 血液検査結果や検査画像(CD-R)など 同意書（ご家族だけのご相談の場合）
申込方法	準備物を地域医療連携室へFAX又は郵送でお送りください。 内容を確認後、相談者へご連絡いたします。
相談例	治療の選択に困っている 現在の治療に不安を持っている
患者さんからのお問い合わせ先	がん相談支援センター 直通電話番号：**089-999-1114**　代表電話番号：**089-999-1111** 受付時間　8時30分～17時15分（土曜日・日曜日・祝日を除く）
申し込み先	地域医療連携室 直通電話番号：**089-999-1201**　FAX番号：**089-999-1115** 受付時間　8時30分～17時15分（土曜日・日曜日・祝日を除く）

セカンドオピニオン実施までの手順

1　必要書類や資料を揃える

- 現在受診されている医療機関の主治医に、セカンドオピニオン用の診療情報提供書（紹介状）ならびに各種検査結果などの資料を依頼してください。
- ご相談者ご自身が、『セカンドオピニオン外来申込書』に必要事項をご記入ください。

2　かかりつけ医より予約申し込みを行う

- 現在受診されている医療機関より、資料及びセカンドオピニオン外来申込書を地域医療連携室へFAXにてお送りください。（やむを得ない場合は、郵送でお送りいただくか、地域医療連携室へご相談ください。）

3　申し込み内容の確認

- 資料ならびにセカンドオピニオン外来申込書到着後、申し込み内容の確認の為、担当者よりご連絡します。

4　担当医と相談日時の決定

- 担当医と相談し予約日時を決定します。

5　相談日時をご連絡

- 決定した相談日時をご連絡します。
- 予約票とご案内を（医療機関またはご自宅）に送付します。
- （オンラインの場合）申込時のEメールから予約票に記載してあるメールに送信してください。招待メールがとどきます。

6　資料の受け取り

- （対面の場合）現在受診されている医療機関より資料をお受け取りください。
- （オンラインの場合）現在受診されている医療機関と相談の上、予約日の3日前までに四国がんセンター「地域医療連携室」宛てに資料を郵送してください。

7　相談当日の流れ

（対面の場合）

- 相談当日は、予約時間の30分前に初診受付②番窓口へお越しください。
- 資料ならびにセカンドオピニオン外来申込書を窓口担当者へお渡しください。（ご家族だけのご相談の場合は、同意書もお渡しください。）
- 相談が終了いたしましたら、相談料をお支払いいただきます。

（オンラインの場合）

- 予約時間の30分前から接続テストを行います。
- 相談が終了いたしましたら、当院より請求書をご自宅に送りますのでお支払いください。

8　主治医への報告

- セカンドオピニオン（オンライン含む）の内容は、担当医より書面にて主治医へ報告させていただきます。

地域医療連携室　2022年11月作成

セカンドオピニオン外来申込書

年　　月　　日

（ふりがな）		生年月日	年　　月　　日
患者さんの氏名	（男・女）		
住　　所	〒 電話番号（　　）　携帯電話（　　）		
相談者氏名		患者さんとのご関係	
相談に来られる方	□ご本人　□ご本人とご家族　□ご家族のみ【同意書要】		
オンライン希望	□なし　□あり		
Eメール（オンライン希望の場合のみ記載）	@ 受診当日の連絡先（　　）		
希望連絡先	①ご本人・ご家族〔氏名：　　続柄：　　〕TEL（　　） ②ご本人・ご家族〔氏名：　　続柄：　　〕TEL（　　） ③ご本人・ご家族〔氏名：　　続柄：　　〕TEL（　　） ※9時～16時30分までに連絡がとれる電話番号をご記入ください。		
予約希望日時	第1希望　月　日（　　）曜日　午前・午後　時		
	第2希望　月　日（　　）曜日　午前・午後　時		
現在かかられている医療機関名	□通院中　□入院中		

※相談したい内容を具体的にお書きください。必ず相談者ご自身でお願いいたします。

■　診断名または症状（現状）

■　相談内容

（1）病気について

（2）治療について

（3）その他

■　相談料：60分まで 22,000円（税込）、以降30分ごとに 11,000円（税込）

※16時30分以降の申し込みは翌日（平日）の調整となります。

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター　地域医療連携室

TEL　089-999-1201　　FAX　089-999-1115

2004年　4月作成
2022年11月改定

四国がんセンターセカンドオピニオン同意書

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター院長　殿

（患者ご本人）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本同意書を持参しました下記の者が、四国がんセンターにおいて

セカンドオピニオンを受けることに同意します。

年　　月　　日

（相談者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者ご本人とのご関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【書類送付先　ラベル】

書類を送付される際には、以下の宛先にご送付をお願いいたします。

〒791-0280
愛媛県松山市南梅本町甲160番
四国がんセンター　地域医療連携室
「セカンドオピニオン担当」宛

〒791-0280
愛媛県松山市南梅本町甲160番
四国がんセンター　地域医療連携室
「セカンドオピニオン担当」宛