

年 月 日

様

病理セカンドオピニオン外来の申込みについて

「病理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。

「病理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、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. 病理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）
3. 病理診断に関係する書類（病理診断報告書、写真、切り出し図）
4. 病理標本やブロック
5. 同意書（ご家族だけのご相談の場合）

※ 1. 2. 3 は必ず事前にお送りください。

※ 4 については、申し込み後、地域連携室から紹介元の病院へ郵送のご依頼をさせていただきます。

※ 5（ご家族だけのご相談の場合）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

病理セカンドオピニオン外来とは

他院で受けた病理検査の病理診断の結果や内容について、当院の病理診断医が専門的見地から説明します。

また他院の病理検体を改めて当院で病理診断を行い、その結果について説明します。

病理セカンドオピニオン外来で説明するのは、病理診断に関する部分のみです。その診断を受けてどう治療すべきかなど、治療方針についてご相談したい方は、治療を担当する診療科医師によるセカンドオピニオンを受けてください。

対象者	他院で病理診断を受けた患者さん、そのご家族 (四国がんセンターで診療を行っているがん種に限ります)
担当医師	病理科医長
相談日、相談時間	完全予約制 木曜日 14時～16時の間で相談時間の目安は30分程度です 予約日時の決定までに数日かかる場合があります 相談時間内で相談ができるよう、どのような点について説明がききたいのか予め申込書にてお知らせください
相談料	60分まで <u>33,000円</u> (税込) 以降30分ごとに <u>11,000円</u> (税込) 他院の病理検体を再検討し、改めて病理診断を行います。新たな標本作製を行うこともあります。このため通常のセカンドオピニオンより高額となります。 公的保険の適用はありません。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	①病理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) ③病理診断に関係する資料(病理診断報告書、写真、切り出し図) ④病理標本やブロック ⑤同意書(ご家族だけでご相談される場合)
申込方法	1.おかけの医療機関を通じて、準備物①②③⑤を下記受付窓口へFAXで送ってください。内容を確認後、担当者からご連絡します。 2.申込受付後、当院地域連携室から紹介元の病院へ連絡し、準備物④について郵送のご依頼をさせていただきます。
お問い合わせ	ご不明な点は、下記までお問い合わせください 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)
受付窓口	申込書類のFAX、郵送は下記あてにお願いします 地域医療連携室 〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲160 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)

病理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）ならびに病理診断に
関係する資料を依頼してください。
- ご相談者ご自身が、『病理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、資料及び病理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

- 資料ならびに病理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
届きます。

6 相談当日の流れ

（対面の場合）

- 相談当日は、予約時間の10分前に初診受付②番窓口へお越しください。
- ご家族だけのご相談の場合は、同意書をお渡しください。
- 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。

7 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。

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