

日本大学松戸歯学部附属病院セカンドオピニオン申込書

※ボールペンでご記入ください。

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり (診察券番号: _____)			
	ふりがな	男女	明・大・昭・平・令		
	氏名		年	月	日生
	住所	〒		TEL	-
相談者	ふりがな	患者との続柄	第1連絡先 [自宅・携帯・その他()]		
	氏名		TEL	-	-
	住所	〒	第2連絡先 [自宅・携帯・その他()]		
			TEL	-	-
FAX番号 [なし・あり]		FAX	-	-	
希望診療科 (必ずご記入ください) 【 _____ 】科		希望相談担当医 [なし・あり] 【 _____ 】先生 ※ご希望にそえないことがあります。あらかじめ、ご承知おきください。			
病名					
相談の目的					
今までの経過					
現在の状況					
受診している医療機関	病院名: _____ 診療科: _____ 科 主治医: _____ 先生				
資料	手元にある / これから準備 (_____ 月 _____ 日までに手元に揃う予定)				
	紹介状(診療情報提供書) (_____ 科 _____ 先生あて) 画像 (フィルム・CD-ROM) / プレパラート(組織標本) / その他(_____)				
相談日 <small>※休診日は除く</small>	ご都合の悪い日はありますか？ なし・あり → <u>ご都合の悪い日・時間</u> をお知らせください。				
相談日 同席者	1. 患者本人のみ 2. 患者本人, 家族(_____) 3. 成年患者家族のみ(_____)【同意書必須】 4. 未成年患者家族のみ【同意書不要】				

「セカンドオピニオンのご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申し込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 相談者氏名 _____ 印

セカンドオピニオンのご案内

1 セカンドオピニオンとは

病気やけがの治療を受ける方が、納得・安心してより良い治療法を選択するため、病気や治療法の理解を深めるため、主治医以外の専門医に意見を求めることをいいます。

2 日本大学松戸歯学部付属病院におけるセカンドオピニオンについて ※完全予約制

日本大学松戸歯学部付属病院以外の医療機関で十分な病状説明を受けている方に対し、現在の主治医からの医療情報をもとに、診断内容や治療法などについて助言を行うものです。セカンドオピニオンの担当医と相談の後、今後の治療方針や治療内容等を現在の主治医と決定をする際の参考となるよう“第二の意見”を提供することを目的としております。

なお、原則としてセカンドオピニオンでは新たな検査や治療は行いませんので、主治医からの紹介状（診療情報提供書）が必要となります。また、セカンドオピニオンに加えて、検査や治療をご希望の方は、ご予約の際にお申し出ください。

3 相談者となる方

- ① 成年患者本人
- ② 成年患者本人の同意を得た家族（やむを得ぬ事情により患者本人が来院できない場合に限る）
※病状等により同意書の記入ができない場合は、そのことを確認できる書類をご用意ください。
- ③ 未成年患者の親権者

4 相談対象外となる場合

- ① 紹介状（診療情報提供書）や資料等をご用意いただけない場合
- ② 主治医がセカンドオピニオンを受けることを了承していない場合
- ③ 相談内容に対する専門医が当院に不在の場合
- ④ 主治医に対する不満、苦情等の相談
- ⑤ 医療過誤の照会、訴訟に関する相談
- ⑥ 死亡した方を対象とする相談
- ⑦ 医療費、医療給付に関する相談
- ⑧ 予約外の相談
- ⑨ 外国語による紹介状（診療情報提供書）や外国語による説明を要する場合は、お受けできないことがあります。

5 相談担当医及び相談日

- ① 相談担当医の希望がある場合は、申込書の希望相談担当医欄にご記入ください。また、紹介状（診療情報提供書）に医師名が記載されている場合には、申込書の資料・紹介状（診療情報提供書）欄にご記入ください。
※ご希望にそえないことがありますので、あらかじめご承知おきください。
- ② 申込後に診療科担当医が相談の可否を判断し、相談可の場合は専門分野を考慮し、相談担当医を決定します。相談不可の場合には、担当医よりお電話にてご連絡します。
- ③ 相談担当医のスケジュールにより相談日時の調整をします。相談者から相談日時の指定がある場合、都合の悪い日が多い等の場合には、日程調整が困難となり、相談をお断りする場合があります。

6 費用 ※全額自費（健康保険は適用されません）

- ① 相談料 : 医科（30分毎につき） 24,200円（消費税込み）
 : 歯科（1回につき） 6,050円（消費税込み）
- ② 診断料 : 相談担当医の判断により、当院の専門医が診断した場合に相談料に加算します。
 : 画像(CT/MRI)・画像(PET 等核医学)・病理・血液 他：本院「保険外診療料金表」によります。

7 申し込みから相談終了までの流れ

- ① 現在の主治医にセカンドオピニオンを希望する旨を伝え、紹介状（診療情報提供書）及び検査資料などをご依頼ください。その際、全ての資料が揃う日の確認をお願いします。
- ② 当院ホームページから申込書を印刷し、ご記入ください。（印刷できない方はお電話にてご請求ください。）
「セカンドオピニオンのご案内」の内容をご了承の上でご署名、ご捺印ください。
ご家族だけでの相談の場合は同意書も印刷し、各項目をご記入ください。（未成年患者の相談を除く）
※希望診療科をご自身で決められない場合は現在の主治医に相談されることをお勧めします。

診 療 科			
保存科	補綴科	歯周科	小児歯科
矯正歯科	特殊歯科	口腔インプラント科	口腔外科
麻酔・全身管理科	スポーツ歯科	顎関節・咬合科	総合歯科診療科
内科	脳神経外科	頭頸部外科	耳鼻咽喉科

- ③ 全ての項目事項をご記入後、申込書の右上に記載されているFAX番号にお送りください。（郵送可）
※内容確認のため管理課（総合受付I）担当者よりご連絡する場合があります。
- ④ 診療科担当医が相談の可否を判断し、相談担当医が決定します。（相談不可の場合にはご連絡します）
- ⑤ 相談担当医が相談日時の調整をします。
- ⑥ 相談日時が決定しましたら、相談担当医よりご連絡します。
※お申し込みから日時の連絡までに1週間以上かかる場合もあります。
- ⑦ 必要書類がそろいましたら、下記まで郵便（できる限り追跡可能な郵便）又は宅配便でお送りください。
※病理診断用プレパラートを除き、ご提出の資料（紹介状（診療情報提供書）・検査結果等）は返却しません。

＜送付書類＞	<input type="checkbox"/> FAXで送信した申込書（ペン書きのもの） <input type="checkbox"/> 診療情報提供書（紹介状（診療情報提供書）） <input type="checkbox"/> 検査結果などの資料 <input type="checkbox"/> 患者本人同意書（家族のみで相談の場合）※未成年患者の相談は除く <input type="checkbox"/> 同意書の記入ができない場合は、そのことを確認できる書類
＜送付先＞	〒271-8587 千葉県松戸市栄町西2-870-1 日本大学松戸歯学部付属病院 管理課 セカンドオピニオン担当

- ⑧ 相談当日は、予約時間の15分前までに総合受付I（1階）へお越してください。
- ⑨ 相談開始前に本人確認書類（運転免許証・健康保険証等）をご提示ください。
※未成年患者の相談の場合は、患者本人及び親権者の健康保険証をご提示ください。
- ⑩ 終了後は所定の費用を会計窓口にてお支払いください。
- ⑪ 担当医が作成した報告書はご自宅へ郵送します。なお、報告書は主治医にも郵送します。

8 その他

- ① 申し込みを取り消す場合は、早めにご連絡ください。
- ② 日時決定後の予約の取り消し、変更はできませんのでご了承ください。
- ③ 相談中の録音、録画はご遠慮願います。

9 お問い合わせ

総合受付I <直通電話>047-360-9521 <FAX>047-361-2710

<受付時間>月～金 9:00～16:30, 土 9:00～12:30

<休診日>日曜, 祝日, 年末年始(12月29日～1月3日), 日本大学創立記念日(10月4日)

その他ホームページを参照ください。