

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

診断や治療方針、次の段階の治療選択などについて主治医以外の医師の意見（第2の意見）を聞いて、病気への理解を深め、ご自身で納得して治療を受けるための参考にすることをいいます。

2 相談内容は

- (1) 患者さんの治療・診断に関することに限ります。
- (2) 医療訴訟・医療費に関する相談には応じられません。また治療・検査等の医療行為は行いませんので予めご了承ください。

3 相談にかかる費用は

- (1) 健康保険の適用にならない自由診療です。相談者の全額自己負担となります。
- (2) 最初の30分まで 15,000円（税込み）
以後15分毎に 5,000円（税込み）が加算されます。（最長1時間）

4 相談に必要なものは

- (1) セカンドオピニオン申込書
※相談者をご家族の場合は「**相談同意書**」も必要となります。
- (2) 現在診療を受けている医療機関の医師からの診療情報提供書（紹介状）
- (3) 相談に必要な資料
《 画像データ 》 マンモグラフィ、超音波検査、CT、MRI など（CD-R などでご用意いただく場合は非圧縮のDICOM形式で保存されたもの）
《 検査報告書 》 画像検査報告書、病理報告書、血液検査データなど

注意事項

- ・以上のものは、スムーズにご相談をお受けするため、相談日の1週間前までに当院にご提出ください。
- ・「セカンドオピニオン申込書」や「診療情報提供書」および「検査結果等の資料」をお送りいただく際には、個人情報が含まれるものなので、できる限り追跡可能な配送方法をご利用ください。

5 相談を受けられる方は

- (1) 患者さんご本人およびご家族の方。
- (2) ご家族のみでお受けになる場合は、患者さんの同意(相談同意書)が必要です。
- (3) 下記に該当する方は対象になりませんのでご注意ください。
 - ・検査や診療、転院を希望されている方
 - ・診療情報提供書(紹介状)や検査データを準備できない方
 - ・現在の主治医に対する相談
 - ・医療事故や医療費についての相談

6 相談日等のお手続きは

予約制になっておりますので電話でのお申し込みをお願いいたします。
担当がお話を伺い、お受けできる場合は相談予約日の調整、申し込み方法の説明等をさせていただきます。

・受付時間 月～金 9:00～12:00 14:00～16:00

・TEL: 03-6686-3858

(外来専用電話: セカンドオピニオン希望とお伝えください)

7 送付先

渋谷コアクリニック

〒150-0002

東京都渋谷区渋谷1丁目9番8号 朝日生命宮益坂ビル1階

TEL 03-3498-2111