

兵庫医科大学病院 オンラインセカンドオピニオンのご案内

◎オンラインセカンドオピニオンはすべて完全予約制です。相談希望の方は事前にお申し込みが必要となります。

◎オンラインセカンドオピニオンは当院以外の医療機関に入院または通院されている患者さんを対象に、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、診断内容や治療法等に関して助言を行うことを目的とする外来です。

相談前に患者さんの主治医からの診療情報提供書が必要となります。相談後に当院での治療を希望される場合は、改めて主治医からの外来受診用の診療情報提供書が必要となり、医療機関を通してご予約いただきます。なおオンラインセカンドオピニオンの対象診療科は「呼吸器外科（中皮腫）」、「上部消化管外科」のみとなります。

◎相談の対象となる方

- ・患者さん本人または患者さんの同意を得た家族、親族
なお、家族、親族のみが相談される場合は、患者さんご本人の代理相談同意書及び患者さんご本人との関係（続柄）を示す書類（健康保険証、住民票・戸籍謄本の写し等）が必要です。
- ・患者さんが 18 歳未満の場合は保護者の同意及び同席が必要です。

◎相談内容

- ・治療方針で迷っている
- ・他に治療方法があるかどうかを確認したい
- ・自分の症状が本当に適正に診断されているのか確かめたい など

◎相談の対象とならない方

- ・診療情報提供書や資料等をご準備いただけない場合
- ・通信機器をご準備いただけない、または不備がある場合
- ・主治医に対する不満、訴訟に関する相談
- ・医療費や医療給付に関する相談
- ・死亡した方を対象とする相談
- ・予約外の相談

◎料金

- ・60 分以内は基本料金として、44,000 円（税込）
- ・相談時間（返書記入時間を含む）が 30 分に満たない場合は、22,000 円（税込）
- ・60 分を超える場合は、15 分毎に 4,400 円(税込)を加算
- ・健康保険は適用されませんので全額自費とします。原則として 60 分以内とします。
（診療情報提供書(返書)等の記入時間を含みます）

◎オンライン通信方法

Zoom の会議システムを使用いたします。

兵庫医科大学病院 オンラインセカンドオピニオンの流れ

①お申込み：必要書類の準備

- ・オンラインセカンドオピニオン外来申込書
- ・代理相談同意書（家族のみ相談の場合）
- ・利用同意書
- ・事前チェック表
- ・主治医の書いた診療情報提供書
- ・検査データ
- ・画像データ

②書類の郵送（相談者様からで医療機関からでも受け付けております）

①の書類をすべて揃え、下記までご送付ください。

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町 1-1

兵庫医科大学病院 医療支援センター セカンドオピニオン係

TEL：0798-45-6035（平日 8:30～16:45、第 1・3 土曜 8:30～12:30）

③日程連絡

予約日時決定後、予約受付票を発行し、お申込み元に送付いたします。

相談者さんからのお申込み→郵送、医療機関からのお申込み→FAX となります。

④医療費あと払いサービス登録

予約受付票とともに送付する「医療費あと払いサービス登録のご案内」にしたがって、クレジットカード情報等のご登録をお願いいたします。

⑤相談者登録

実施日 3 日前までに留意事項記載の URL より相談者情報をご登録ください。

ご登録後、当日ご参加いただく Zoom のミーティング ID とパスコードをメールでお知らせいたします。ドメイン「@hyo-med.ac.jp」の受信設定をお願いいたします。

⑥実施日

開始時間の 10 分前よりテスト通信および相談者確認を行います。

通信機器をご用意の上で Zoom のミーティングにご参加いただき、顔写真付きの身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）をご用意ください。相談者と患者さんが異なる場合は、患者さんの身分証明書（健康保険証等）と続柄がわかる書類（戸籍謄本・住民票等）もあわせてご用意ください。

⑦報告書作成と決済処理

医師が紹介元医療機関の主治医宛に報告書を作成し、送付いたします。

料金はオンラインセカンドオピニオン実施約 4 日後に決済処理させていただきます。

オンラインセカンドオピニオン外来申込書

①

20 年 月 日

(フリガナ) 患者さん氏名	(男・女)		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
現 住 所	〒		電話 FAX	() ()	
(フリガナ) 相談者氏名		患者さんとの関係	検査資料 CD-R 等	有 ・ 無	
希 望 日 時 (※1)	第1希望	月 日 午前・午後	希望受診科	科	
	第2希望	月 日 午前・午後	希望医師	医師	
	第3希望	月 日 午前・午後			
相談者	ご本人	ご本人と ご家族(ご親族) (※2)	ご家族(ご親族) (※2)	回答先	☐ 相談者 ☐ 医療機関
(1) 病名又は症状(現状をわかる範囲で書いてください) ☐ 別紙参照					
(2) 現在、 ☐ 入院中 ☐ 通院中 の医療機関名					
住 所: 〒					
医 療 機 関 名: _____					
主治医のお名前: _____ 担 当 者 名: _____					
T E L: _____ F A X: _____					
(3) 兵庫医科大学病院での受診歴はありますか。 有 (受診科: _____ 科) ・ 無					
有の場合、診察券番号: _____					
同 意 書 1. 主治医の診断、治療方針をジャッジするものではありません。 2. 医療訴訟を目的とするものではありません。 3. 診察、検査、治療行為は行いません。 4. 主治医に説明内容を返書にてお知らせします。 5. 相談費用(全額自費)についてはお申込み後に下記金額をお振込みいただきます。 ・60分(返書記載時間を含む)を基本料金として44,000円(税込)※事前振込 ・30分以内(返書記載時間を含む)の場合は22,000円(税込)※実施後返金 ・60分を超える場合は15分毎に4,400円(税込)※実施後追加請求 上記の項目について同意いたします。 署名(患者さんご本人): _____ 代筆者: _____ 続柄: _____ ※患者さんご本人が18歳未満もしくは自筆困難な場合は、ご家族(ご親族)が代筆ください。					

※1 受付後、請求書を発送いたします。入金確認後、日程調整に1週間程度、お時間をいただいております。

※2 相談される方がご家族(ご親族)のみの場合、②「代理相談同意書」が必要です。

(18歳未満の患者さんは不要です)

* 当申込書の原本はお申込み時にご郵送ください。

<郵送先> 兵庫医科大学病院 医療支援センター

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1-1

TEL: 0798-45-6035 FAX: 0798-45-6002

代 理 相 談 同 意 書

20 年 月 日

兵庫医科大学病院長 殿

私は、私の病状についての診断の内容や、現在実施または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、兵庫医科大学病院にセカンドオピニオンを別紙申込書により申し込みます。

患者さん氏名： _____

住 所：〒 _____

連 絡 先： _____

また下記代理相談者に、私の病状等の内容についてセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

代理相談者氏名： _____

続 柄： _____

連 絡 先： _____

※代理相談者は、患者さんご本人の同意を得たご家族・ご親族に限ります。

またご相談に際し、患者さんご本人との関係（続柄）を示す書類等（健康保険証・住民票・戸籍謄本等の写し）の提示を求めます。

※患者さんご本人の直筆でご記入ください。なお自筆が困難な場合は、ご家族・ご親族の代筆で構いません。

(概要)

第1 この規約は、兵庫医科大学大学病院（以下、「当院」という。）のオンラインセカンオピニオン外来（以下、「オンライン相談」という。）を希望する相談者（以下、「相談者」という。）が、オンライン相談を受けるにあたり、必要な事項を定めます。

(留意事項)

第2 相談者は、以下の(1)から(3)に定める事項に留意し、これに反した場合には、当院がオンライン相談を実施しない場合があることを確認します。これにより相談者が受けた不利益については、当院は一切責任を負いません。

- (1) 相談対応医師の了解なく、オンライン相談の様子を録音・録画は行わないこと。
- (2) 事前に申し込みした内容と著しく異なることについては、オンライン相談当日には相談しないこと。
- (3) 通信中は、相談者以外の第三者を参加させないこと。

(利用環境)

第3 相談者は、以下の(1)から(4)に定めるオンライン環境を整えたうえでオンライン相談を利用します。オンライン環境の不備により相談者が受けた不利益について、当院は一切責任を負いません。

- (1) オンライン相談に際して事前に相談者の登録を行い、本院より送信するメールの内容に沿ってアカウント登録する他、画面の案内に従い各種登録を行うこと。
- (2) 相談当日に使用するパソコン若しくはスマートフォンのカメラ、マイク、スピーカーが正常に機能していることを確認すること。
- (3) 公衆 Wi-Fi 等のセキュリティが不十分なネットワークは使用しないこと。
- (4) 第三者に相談内容を聞かれることのないよう、物理的に外部から隔離された場所で利用すること。

(オンライン相談の限界)

第4 相談者は、相談をオンラインで行うという性質上、相談者と当院の間で交わす情報に制限があることを理解したうえで、オンライン相談を利用します。

(オンライン相談のリスク)

第5 相談者は、オンライン相談を行う際のセキュリティ及びプライバシーのリスクを負うことを十分に理解したうえで、オンライン相談を利用します。

(オンライン相談の結果報告)

第6 オンライン相談の結果は、相談者の紹介元医療機関主治医宛に送付されます。

(相談料の支払い)

第7 相談料は、オンライン相談お申込み後、当院より送付する医療費あと払いサービス登録後にクレジットカード決済にてお支払いいただきます。

上記をすべて確認の上で、オンラインセカンドオピニオンを利用することに同意します。

年 月 日

相談者氏名

印

オンラインセカンドオピニオン 事前チェック表

兵庫医科大学病院

- 必ず本チェック表を用いて最終的な確認をして下さい。
- チェック項目毎に「○」を記入してください。
- 「○」が無い場合、お受けできない場合がございます。
- 本チェック表は、その他の申込書類と併せて送付してください。
- ④

チェック項目			チェック欄
1	ご相談者の写真つき身分証明書の用意	運転免許書	
		パスポート	
		マイナンバーカード	
		その他	
2	ご使用される端末環境 ※電源、バッテリー残量にご注意下さい	☐ デスクトップパソコン	
		Windows	
		Mac	
		☐ ノートパソコン	
		Windows	
		Mac	
		☐ タブレット	
		Windows	
		Andoroid	
		iPad	
		☐ スマートフォン	
		Andoroid	
iPhone			
その他			
3	カメラ、マイク、スピーカー、イヤホン など映像・音声通信が可能な機器がある	カメラ	
		マイク	
		スピーカー	
		イヤホン	
4	ご使用される通信環境	有線LAN接続 (LANケーブルで接続する環境)	
		無線LAN接続 (自宅などの安定したWiFi環境)	
		公衆無線LAN接続 (一般的にフリーWiFi、無料WiFi)	利用不可
		通信キャリア回線 (docomo、au、ソフトバンク)	利用不可
5	静かで明るいスペースを確保		

日付（西暦）

年

月

日

署名欄