

相談者の方へ

この資料は、京都大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来で相談を検討されている方へ送付しております。

相談を希望される場合は同封のセカンドオピニオン手続きに沿ってお申込みいただきます。

資料を受領され、ご検討の結果申込みされなくてもかまいません。

(セカンドオピニオン外来では相談のみ行います。本院での治療・検査等診療を希望される方は、外来受診の手続きを行ってください。セカンドオピニオン外来・通常診察の両方を同時に申し込むことはできません。)

(注) 以下の場合には、セカンドオピニオン外来を相談することができません。

- ① 裁判のための相談
- ② すでに死亡された患者さんについての相談
- ③ 診療情報提供書・検査データ等がない場合
(検査データ等が不足している場合、相談をお断りしたり正確な診断ができない場合があります。)
- ④ 相談前に料金を支払わない方
- ⑤ 本院への転医を前提に受けられる方
- ⑥ 傷病名未告知の方 (ご家族のみ来院されて相談の場合を除く)

本院で行うセカンドオピニオン外来は、本院以外で診断を受けた方の診断結果について有料で相談をお受けする外来です。

その内容は、診断を受けた病院における検査データ等に基づき相談をお受けすることになりますので、本院での診察・検査など診療行為は行いません。

したがって、検査データ等が十分にそろっていない場合には検討ができないため、相談をお断りすることがあります。

なお、紹介元医師と同様の意見になる事も多くありますのでご了承いただいた上お申込み下さい。また、申し込みをされてから相談を受けられるまで概ね2～3週間程度の時間がかかります。

検討体制

相談に対する検討は、個別の医師だけではなく各診療科が全体で行います。また、必要な場合には関連する複数の診療科が合同で話し合いながら検討します。

医師の指定はできません。

相談疾患

相談できる疾患は同封のセカンドオピニオン外来疾患一覧に記載された疾患のみです。記載されていない疾患で申込みをされてもお受けすることはできません。

病理診断について

紹介元医療機関で作成された病理標本を、再度顕微鏡でみる場合があります。当院の医師がセカンドオピニオンに必要と判断した場合に実施します。その場合は、病理診断料として、**8,900円+消費税**がかかります。

※消印日が令和8年6月1日以降の場合は、新料金が適用されますのでご了承ください。

相談体制

相談は完全予約制となっています。相談者には定められた日時に本院へおいでいただき、医師が相談結果を説明いたします。

※なお、オンラインでのご相談につきましては、別途地域医療連携室にご相談ください。（国内ネットワーク回線に限ります。）

料金

料金は**51,000円+消費税**（病理診断実施の場合は、さらに**8,900円+消費税**がかかります）です。本院へ相談に来られた日にお支払いいただき、その方に対して本院の所見を説明いたします。

また、健康保険その他の適用はありませんので、相談される場合には必ず**51,000円+消費税**（病理診断実施の場合は、さらに**8,900円+消費税**がかかります）が必要になります。

なお、お支払いいただいた料金は、理由の如何を問わずお返しできません。

※消印日が令和8年6月1日以降の場合は、新料金が適用されますのでご了承ください。

相談者

相談を依頼される方が、患者さん以外の場合は、配偶者・親・子・兄弟のみといたします。
（配偶者の親・兄弟は相談できません）

申込前の相談

申込前の相談は地域医療連携室で午前9時から午後5時までの間にお受けいたします。

※なお、この電話では手続きのみの相談となりますので、病状や受診診療科についての相談は

できません。

京都大学医学部附属病院地域医療連携室 075-751-3110

京都大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来相談手続き

セカンドオピニオン外来相談を決められましたら、申込書を送付することから始まり以下の手順に沿って手続きをしてください。

* 申込書送付以降は、この説明の他に随時ご説明します。

- ① 京都大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来申込書を送付してください。
対象疾患一覧、様式1-1、1-2、2および本人確認のため身分証明書の写し（免許証、健康保険証など） を下記連絡先へ送付願います。
- ② 京大病院からセカンドオピニオン外来相談可否の通知を送付します。
○相談可となった方は、受診されている病院で紹介状（診療情報提供書）検査データ等の資料を受け取り、事前に郵便で下記連絡先まで送付してください。（直接持参でも可）
* 但し、原発不明癌・希少癌・がん遺伝子パネル検査は申込時に必要です。
○相談不可となった方へは、その理由を付記した書面を送付し、手続きを終了します。
- ③ セカンドオピニオン外來說明日時・場所をお知らせします。
申込書に記載された、「ご都合の悪い日」を除き、京大病院が設定した説明の日時・場所を書面で連絡いたします。
- ④ 指定された日時に京都大学医学部附属病院外来棟1階①番窓口へお越し下さい。
①番窓口にて受付し、支払い窓口で料金を支払っていただいた後、説明を受けていただきます。
なお、相談場所への入室は、スペースの都合上、相談者も含めて3人程度までとさせていただきます。
- ⑤ 日時決定後のキャンセルはお受けできませんので、ご了承ください。
尚、やむを得ない事情の上でのキャンセルは、理由をお知らせください。

連 絡 先

〒606-8507

住所：京都市左京区聖護院川原町54

京都大学医学部附属病院地域医療連携室

電話：075-751-3110

（受付時間9：00～17：00）

セカンドオピニオン外来疾患一覧

希望診療科に○をつけてください

診 療 科	対 象 疾 患
血液内科	急性白血病、慢性白血病、悪性リンパ腫、成人T細胞白血病、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群、造血幹細胞移植症例
糖尿病・内分泌・栄養内科	肥満症、糖尿病、高血圧症、骨粗鬆症、甲状腺／副腎／副甲状腺／下垂体の疾患
消化器内科	消化器科癌（食道・胃・大腸・肝・胆膵）、消化管リンパ腫、肝炎・肝硬変、炎症性腸疾患
呼吸器内科	肺癌、肺結核、肺非結核性抗酸菌症
免疫・膠原病内科	全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎、皮膚筋炎、血管炎症候群
脳神経内科	パーキンソン病、てんかん、認知症、脳血管障害、ALS（及び類似疾患）、神経免疫（多発性硬化症、重症筋無力症等）
腎臓内科	慢性腎不全、腎炎
腫瘍内科	食道癌、胃癌、小腸癌、大腸癌、膵癌、胆道系癌、原発不明癌、希少癌、悪性黒色腫、
消化管外科	食道癌、胃癌、大腸癌、直腸癌、そけいヘルニア、腹壁ヘルニア、アカラシア、GIST、高度肥満、食道胃逆流症
乳腺外科	乳癌
肝胆膵・移植外科	肝臓癌、胆道癌、胆嚢癌、膵臓癌、膵内分泌腫瘍、肝硬変・肝癌など肝移植の適応となりうる疾患、大腸癌の肝転移、胆石症、慢性膵炎、胆道損傷
小児外科	子供で手術が必要な病気（頭部、心臓は除外）、肝移植、小腸移植
心臓血管外科	心臓血管外科に関する全ての疾患（成人・小児）
脳神経外科	脳腫瘍、下垂体腫瘍、脳動脈瘤、もやもや病、脳動静脈奇形
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	頭頸部腫瘍、甲状腺腫瘍、音声障害、鼻副鼻腔疾患、慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎、遺伝難聴、耳疾患で外科手術適応のあるもの、耳硬化症、耳の腫瘍
歯科口腔外科	口腔外科疾患、歯科疾患
整形外科	変形性関節症、脊椎疾患、骨軟部腫瘍、手の外科、スポーツ障害。ただし、交通事故関係及び裁判中のものについては受け付けない。
形成外科	形成外科疾患一般
泌尿器科	前立腺癌、腎臓癌、膀胱癌、男性不妊症
産科婦人科	婦人科悪性疾患、一部の婦人科良性疾患（月曜日午前、および水曜日 13:30～14:30 に実施）
麻酔科	ペインクリニック全般
小児科	小児心疾患一般、白血病、悪性リンパ腫の血液悪性疾患、再生不良性貧血、小児固形腫瘍（脳腫瘍、骨と軟部組織のがん等）、小児てんかん、小児神経筋疾患、原発性免疫不全、小児成長障害
放射線治療科	前立腺癌、乳癌、肺癌、食道癌、膵癌、術後甲状腺癌の再発・転移症例、脳腫瘍、頭頸部腫瘍、定位照射、強度変調放射線治療、RI 治療（甲状腺癌、転移性骨腫瘍等）
リウマチセンター	関節リウマチ、リウマチ性疾患
早期医療開発科	固形がん対象の早期臨床試験
細胞療法科	輸血療法や細胞療法の対象となり得る疾患

※下記診療科はセカンドオピニオン外来の実施をしておりません。ご希望される場合には通常の外来診療の範囲で対応しております。

循環器内科	呼吸器外科	眼科	放射線診断科
皮膚科	精神科神経科	高齢者医療ユニット	Ver.20241223

京都大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 申込書

令和 年 月 日

京都大学医学部附属病院長 様

セカンドオピニオンの目的以外に使用しないこと及び私費診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

〒

申込者（相談者） 住所 _____

フリガナ

申込者（相談者） 氏名 _____ 患者との続柄 本人、家族（続柄 _____）

連絡先（電話番号） _____ (FAX) _____

_____ (携帯番号) _____

患 者	フリガナ		実母の名（カナ）
	氏名・性別		(男・女)
	生年月日（年齢）	(明 大 昭 平 令)	年 月 日生 (歳)
	住 所 連絡先（電話番号） <input type="checkbox"/> 申込者に同じ	〒 (自宅) (その他)	
主疾患名（必須） (様式3にあるものに限る)			
その他の疾患			
ご都合の悪い日 (1ヶ月以内でご都合の悪い日があれば、お書きください。)		(いくつ書いていただいてもかまいません。)	
相談結果(所見書)を郵送する場合がありますので、郵送先の住所・氏名を記載願います。誤配送防止のため、切離して使用します。		〒 _____	

現在の主治医のお名前 医療機関名・診療科 医療機関の住所・連絡先	
現在お使いの健康保険 ○をつけて下さい 国保・社保・後期高齢者・労災・自賠責・生活保護・私費・その他（ ）	
（相談の概要）	
発症時期・症状 ※がんの再発や転移の場合は、原発がんについても必ず記載下さい。	
主治医の先生の診断・治療経過・現在の状態 ※がんの再発や転移の場合は、原発がんの治療経過についても必ず記載下さい。	
今回のセカンドオピニオン外来に際して相談したい事柄	
その他（特に伝えたい事項を記入してください）	

* 申込書に書ききれない場合は、別紙に書いていただいても構いません。
 できるだけ詳しく記載してください。

京都大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来相談同意書

以下の文章をお読みいただき理解し、同意の署名をご記入いただいた上でお申込みください。

- 以下の①～⑥の場合、相談はお受けできません。
①裁判・訴訟のため相談される場合 ②すでに死亡された患者さんについて相談される場合 ③診療情報・検査データ等の提供がない場合 ④本院での診療行為（治療・検査等）、本院への転医を前提に受けられる場合 ⑤病名を未告知の場合（ご家族のみ相談の場合を除く）⑥相談前に所定の料金51,000円+消費税（病理診断実施の場合は病理診断料8,900円+消費税を上乗せした金額）を支払わない場合
※消印日が令和8年6月1日以降の場合は、新料金が適用されますのでご了承ください。
- セカンドオピニオンはいただいた資料より当院としての意見を述べ、患者さんの治療の参考としていただくものです。
傷病に対し現在ある考える全ての治療方法を検索し、提案するものではありません。またセカンドオピニオンの結果により、治療方法を変更されたなどの結果に責任を負うものではありません。
- セカンドオピニオン外来では、検査・投薬等の診療行為は行いません。
- セカンドオピニオン外来の結果は、紹介元医師にも連絡いたします。
- セカンドオピニオン外来は、自由診療となります。相談内容や医師の都合によりお断りする場合があります。また、通常の保険診療を案内する場合があります。

私は上記1～5の項目について理解し、同意いたしました。

京都大学医学部附属病院 病院長 殿

令和 年 月 日

患者署名 _____ 生年月日（ 明 大 昭 平 令 ） 年 月 日生

代筆者署名 _____ （続柄）

☆患者さんご本人が来院されず、家族のみ相談される場合は、以下もご記入願います。☆

患者さん以外が相談される場合の同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました

（ご相談者） _____ に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、所見書を渡すことに同意いたします。

令和 年 月 日

患者署名 _____ 代筆者署名 _____

相談同意書は患者様が自筆で記入願います。止むを得ずに自筆で記入できない場合は、代筆者が記入し、代筆者氏名欄に署名願います。