

兵庫県こころのケアセンター附属診療所



トラウマ・PTSD関連疾患の診断・治療に関する セカンドオピニオンを希望される皆さんへ

当診療所では、セカンドオピニオンを実施しています。

セカンドオピニオンは、トラウマ・PTSDの診断や治療方法などについて、主治医以外の専門医から意見を聞くもので、患者の皆さん自らが、納得して治療を継続していただくためのものです。

● 対象者

患者ご本人またはそのご家族（親族）

※ ご家族（親族）の場合には、患者ご本人の同意が必要です。

● お持ちいただくもの

- ・ 現在受診されている主治医の紹介状
- ・ 申込書兼同意書
- ・ 印鑑《事前に押印した申込書兼同意書を持参される場合は印鑑不要》

※ 心理検査などの診療情報をできる限りお持ち下さい。

※ 申込書兼同意書は当センターホームページに掲載しています。

● 料金

セカンドオピニオンについては保険が適用されず、全て自費となります。

1回の相談につき 15,400円（相談内容によっては、2回以上になる場合もあり、回数ごとに費用がかかります）

● 実施方法

専門医が60分程度の診察を行います。

また、セカンドオピニオンの結果については、患者ご本人またはそのご家族（親族）に説明させていただくとともに、書面で主治医にお知らせします。

（ご本人・ご家族の了解をいただいた後に主治医に送付します）

セカンドオピニオン制度は、転院を前提とした受診や裁判のための相談等ではなく、現在の主治医にご意見をお返しし、診断・治療の参考としていただくためのものです。

● 申し込み方法

予約制です。下記にご連絡いただくと、後日予約日時をお知らせします。

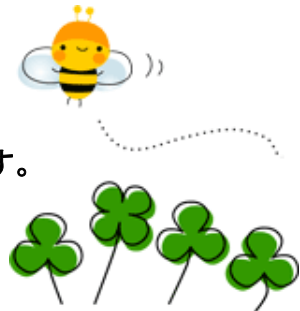
ご家族（親族）の方がお越しになる場合は、申込書兼同意書（ホームページに掲載）を、来院までにご準備ください。

● 問い合わせ・連絡先

兵庫県こころのケアセンター 相談室

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

電話：078-200-3010



セカンドオピニオン申込書 兼同意書

私は、私の病状に関し、以下のとおり同意のうえ、____年____月____日のセカンドオピニオンを申込みます。

なお、転院を前提とした受診や裁判のための相談等ではありません。

・セカンドオピニオンにおける相談結果を紹介元医療機関等にも診療情報として提供することに同意します。

(家族等代理の場合)

・私の代理として_____ (来院者氏名) に診断・治療方法等の内容について、話をすることに同意します。

年 月 日

兵庫県こころのケアセンター附属診療所長 様

患者ご本人 氏名 _____ 印

生年月日 (年 月 日)

住所 _____

家族等代理の場合に記入願います。

ご相談者 氏名 _____ 印

患者さんとのご関係 (続柄) _____

住所 _____