

長崎県のがんセカンドオピニオン実施施設

長崎県がん診療連携協議会

平成22年 4 月作成

目次

| | |
|------------------------------|-----|
| セカンドオピニオンとは？ | 3 |
| 正しいセカンドオピニオンの利用の仕方 | 3 |
| 上手な利用の仕方 | 4 |
| セカンドオピニオン Q&A | 5～6 |
| 長崎県のがんセカンドオピニオン実施施設一覧 | |
| 長崎大学病院 | 7 |
| 長崎市民病院 | 8 |
| 日本赤十字社 長崎原爆病院 | 9 |
| NTT 西日本 長崎病院 | 10 |
| 社会福祉法人十善会 十善会病院 | 11 |
| 国立病院機構 長崎病院 | 12 |
| 佐世保市立総合病院 | 13 |
| 医療法人白十字会 佐世保中央病院 | 14 |
| 国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院 | 15 |
| 国立病院機構 長崎医療センター | 16 |
| 国立病院機構 長崎川棚医療センター | 17 |
| 日本赤十字社 長崎原爆諫早病院 | 18 |
| 長崎県島原病院 | 19 |
| 国民健康保険 平戸市民病院 | 20 |
| 医療法人医理会 柿添病院 | 2 |

セカンドオピニオンとは？

現在の主治医ではない他の医師の意見を聞くことです。

複数の医師の意見を聞いて、より良い治療の方法を探り、患者さんが納得して治療を受けることができます。

現在の主治医からの紹介状やできる限りの検査資料を準備する必要があります。例えば、血液検査や心電図の結果、レントゲン・超音波・MRI・CT 検査などの画像データ（フィルムまたは CD/DVD）とそれらの報告書、病理検査の報告書などです。

正しいセカンドオピニオンの利用の仕方

- 診断や治療方法について妥当か、他の治療法の可能性について聞きたい
- × 病院を変わりたいので、セカンドオピニオンに行く
- × いまの医師にこっそり内緒で行く
- × 治療結果の評価をしてもらう
- × いまの医師や看護に不満がある
- × 過去に受けた治療法は適切だったのか聞いてみたい

上手な利用の仕方

- ・まずは自分の病気についての情報を集める。
- ・わからない点や納得が出来ない点は何かについて自分なりにまとめてみる。
- ・そのメモを現在の主治医へ見せて話を聞いてもらう。
- ・主治医の説明に納得できなければ、遠慮せずにセカンドオピニオンを受けたいと希望を伝える。
- ・紹介状を書いてもらい、各病院の窓口へ相談する(事前に問い合わせしておくスムーズ)。

セカンドオピニオン Q & A

Q: 病院に入院して又は外来で治療中だが、他の医療機関の医師に相談に行けるの？

A: 他の医療機関のセカンドオピニオンを希望される場合は、遠慮なく主治医にお申し出ください。他医療機関の医師が意見を述べやすいように、紹介状や検査データ等の資料を準備して患者さんにお渡しいたします。

Q: 病院では、どのような医師が担当するの？

A: 相談を担当する医師は、患者さんの疾患などを検討のうえ、病院の医師の内から専門性を考慮して決定しています。

なお、現在治療を受けられている医療機関から特定の担当医師を紹介される場合には、申し出てください。

Q: どのような疾患の相談ができるの？

A: ご連絡の相談内容について、病院の専門医が予め判断したうえで、実際の受診の可否を決定いたします。内容によってはお断りする場合がございますので御了承ください。

Q:セカンドオピニオンの受診所要時間は？

A：1人について30分から1時間（原則として1人の医師が概ね20～45分間にわたり相談を受けたのち、10～15分間で主治医への報告書を作成。）をみ込んでいます。

なお、患者さんのご相談の内容によっては、複数専門医にわたることもあるため、1回のセカンドオピニオンで終了しないこともあります。

Q:セカンドオピニオンの費用はどのくらいかかりますか？

A：費用は医療機関で異なりますが、長崎県内の医療機関では、診療情報提供書を書いていただいた主治医の先生へのご報告書の作成費を含め、平均的に1回につき30分まで10,500円(税込み)、30分～1時間まで15,750円(税込み)です。申し込まれる前に各医療機関に確認する事をお勧めします。

長崎大学病院

1. 相談の対象

ご本人の受診を原則としますが、同意書をお持ちになればご家族だけでも受診が可能。

なお、患者さんが未成年の場合には、続柄を確認できる書類(健康保険証等)をお持ち下さい。

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|----------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 ○ | 悪性褐色細胞腫 |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん - | 皮膚腫瘍 - | 甲状腺がん |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん - | 胆嚢がん・胆管がん - | 腎盂尿管がん |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん - | | 陰茎がん |
| | 子宮がん ○ | 精巣がん - | 後腹膜腫瘍 |
| | 小児腫瘍 ○ | 卵巣がん ○ | 皮膚原発リンパ腫 |
| | 頭頸部腫瘍 ○ | 原発不明がん ○ | |
| | 血液腫瘍 ○ | 性腺外胚細胞腫瘍 ○ | |
| | | 眼腫瘍 ○ | |

○ : 院内での対応が可能

料金及び必要書類

- ① セカンドオピニオン外来は自由診療で行われます。健康保険は使えませんのでご注意ください。
- ② 受診は完全予約制です。
- ③ 応談する医師は、当院の医師の中から専門性を考慮して当方で決定いたします。なお、現在治療を受けている医療機関から特定の医師を指定される場合には、申し出て下さい。
- ④ お問い合わせ、予約に料金はかかりません。キャンセルも可能です。
ご相談終了後にお支払いいただきます。

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--|--|
| 患者さん本人が相談 | 自由診療 費用 30分まで…10,500円(税込) 30分を越え1時間まで …15,750円(税込) | ・相談申込書 ・主治医作成の診療情報提供書 ・できる限りの検査資料 例) 血液検査の結果 画像データ(レントゲン、超音波、CT、MRI検査など) 病理検査の報告書…等 |
| 患者さん本人以外の方が相談 | 同上 | 相談同意書、その他は上欄と同様 |

※ご相談の内容によっては、複数専門医にわたることもあるため、1回のセカンドオピニオンで終了しないことがあります※。

2. 申し込み方法(申込者:医療機関および個人)

お電話にて医事課外来(セカンドオピニオン外来受付)にご連絡下さい。

医事課医科班外来受付:(直通)095-819-7233

歯科班外来受付:(直通)095-819-7618

(受付時間は13:00~17:00.土日・祝祭日を除く)

長崎市立市民病院

1. 相談の対象

患者さん本人及びご家族、本人と家族同席でも可能です。

ただし、ご家族のみで相談を受けられる場合は、患者さんの相談同意書が必要です。

患者さんが未成年の場合、続柄を確認できる書類（健康保険証等）の提示が必要となります。

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん ○ |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 — | 悪性褐色細胞腫 — |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん ○ | 皮膚腫瘍 ○ | 甲状腺がん ○ |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん ○ | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん ○ | | 陰茎がん ○ |
| | 子宮がん ○ | 精巣がん ○ | 後腹膜腫瘍 ○ |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん ○ | 皮膚原発リンパ腫 — |
| | 頭頸部腫瘍 ○ | 原発不明がん ○ | |
| | 血液腫瘍 ○ | 性腺外胚細胞腫瘍 ○ | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

- ① 原則、事前に予約が必要です。（当日の来院の際は地域医療連携室でご相談下さい）
- ② 相談は、各診療科を対象としてお受けします。担当医は相談申込書の内容を検討の上、決めさせていただきます。

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|-------------------------|--|
| 患者さん本人が来院 | 自由診療 10,500 円/30 分以内 | 相談申込書・診療情報提供書・できる限りの検査資料 ※ 患者さんが未成年の場合、続柄の確認できる書類（健康保険証等） |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 同上 | 上記と本人の同意書 |

3. 申し込み方法

お申し込みは電話にて地域医療連携室にご連絡ください。

長崎市立市民病院セカンドオピニオン相談窓口（地域医療連携室）

電話：095-822-3251（内 2222） F A X：095-821-1116

メール：ayabe@nmh.jp

日本赤十字社長崎原爆病院

1. 相談の対象

原則的に患者様ご自身の来院を基本と致しますが、患者様以外の場合も患者様の同意書があれば受診をお受けいたしております。ご家族の場合であれば続柄を確認できる書類(健康保険証等)をお持ちください

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 — | 副腎皮質がん ○ |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 — | 悪性褐色細胞腫 ○ |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん ○ | 皮膚腫瘍 ○ | 甲状腺がん ○ |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん ○ | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん ○ | 尿路がん ○ | 陰茎がん ○ |
| | 子宮がん ○ | 精巣がん ○ | 後腹膜腫瘍 ○ |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん ○ | 皮膚原発リンパ腫 ○ |
| | 頭頸部腫瘍 — | 原発不明がん ○ | |
| | 血液腫瘍 ○ | 性腺外胚細胞腫瘍 ○ | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

- ①当院でのセカンド・オピニオン外来は自由診療で実施致しますので、健康保険は適応されませんので御了承ください。
- ②完全予約制となっておりますので、事前にご連絡が必要です。
- ③担当医は原則として、申込書の内容を検討したうえで決定させていただきます。
- ④お問い合わせ、予約には料金はかかりません。キャンセルも可能です

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--|--------------------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 自由診療 10500 円／30 分 30 分を超える毎に 5250 円 加算されます。 | 予約票・保険証・診療情報提供書・過去のデータ(血液検査、画像データなど) |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 同上 | 上記と、本人の同意書および本人と続柄を示す書類 |

3. 申し込み方法 (申込者：医療機関及び個人)

*お電話にて医療相談室(医療社会事業部)にご連絡いただくか、医療相談室(医療社会事業部)へ直接ご来院ください。

| |
|---|
| 日本赤十字社長崎原爆病院 医療社会事業部 電話 095-847-1511 (1169・1170・1138) F A X 095-847-1526 メール nashi@nagasaki-med.jrc.or.jp 申し込み時間は、土日祭日を除く、8:30~17:10 |
|---|

NTT西日本 長崎病院

1. 相談の対象

本人・家族

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | | | | | |
|-----------|---|---------|---|-----------|---|----------|---|
| 肺がん・縦隔腫瘍 | — | 食道がん | — | 脳腫瘍 | — | 副腎皮質がん | — |
| 胃がん・胃腫瘍 | ○ | 膵がん・膵腫瘍 | ○ | 骨軟部腫瘍 | — | 悪性褐色細胞腫 | |
| 大腸がん・大腸腫瘍 | ○ | 前立腺がん | — | 皮膚腫瘍 | — | 甲状腺がん | — |
| 肝がん・肝腫瘍 | ○ | 膀胱がん | — | 胆嚢がん・胆管がん | ○ | 腎盂尿管がん | — |
| 乳がん・乳腺腫瘍 | ○ | 腎がん | — | 尿路がん | | 陰茎がん | — |
| | | 子宮がん | — | 精巣がん | — | 後腹膜腫瘍 | — |
| | | 小児腫瘍 | — | 卵巣がん | — | 皮膚原発リンパ腫 | |
| | | 頭頸部腫瘍 | — | 原発不明がん | — | | |
| | | 血液腫瘍 | — | 性腺外胚細胞腫瘍 | — | | |
| | | | | 眼腫瘍 | — | | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--------------------------------------|---------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 自由診療 10,500円/30分 以後30分毎に5,250円 | 保険証・診療情報提供書・過去のデータ・本人の同意書 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 同上 | 同上 |

3. 申し込み方法

NTT西日本 長崎病院 医事課 セカンドオピニオン外来
電話 095-828-9721 FAX 095-828-9703

社会福祉法人十善会 十善会病院

1. 相談の対象

患者様ご本人及びご家族

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|----------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん ○ |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 ○ | 悪性褐色細胞腫 |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん ○ | 皮膚腫瘍 — | 甲状腺がん ○ |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん ○ | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん ○ | 尿路がん | 陰茎がん ○ |
| | 子宮がん ○ | 精巣がん ○ | 後腹膜腫瘍 — |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん ○ | 皮膚原発リンパ腫 |
| | 頭頸部腫瘍 — | 原発不明がん ○ | |
| | 血液腫瘍 — | 性腺外胚細胞腫瘍 — | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

- ①ご相談の時間は、1時間以内です。
- ②医療保険適用外ですので、「全額自己負担」になります。
- ③ご家族だけでご相談される場合は、個人情報保護法の規定により、患者様ご本人の同意書及び患者様ご本人との続柄を確認できる書類（健康保険証など）が必要です。
- ④診療情報提供書（紹介状）を記載された主治医様に対しては、当院担当医から、診療情報提供書（御返事）を送付し、回答させていただきます。

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|---|---|
| 患者さん本人が来院 | 30分以内 10,000円(税込み) 30分以上 15,000円(税込み) (1時間以内) | ・ 診療情報提供書（紹介状） ・ 検査結果・レントゲンフィルムなど |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 30分以内 10,000円(税込み) 30分以上 15,000円(税込み) (1時間以内) | ・ 診療情報提供書（紹介状） ・ 検査結果・レントゲンフィルムなど ・ 患者様の同意書 ・ 患者様との続柄が確認できる書類（健康保険証など） |

3. 申し込み方法（申込者：患者様又はご家族）

- (1) 予約制 ご来院し、ご予約ください。
- (2) 受付日時 月曜日～金曜日 午後1時～午後4時（祝日及び年末年始休日を除きます）
- (3) 受付窓口 地域連携室（3階）
- (4) 申込書 申込書のご記入及び概要・必要書類等を説明させていただきます。
- (5) 相談日時 担当医師と調整後、患者様宛に「予約通知書」を送付させていただきます。

| |
|---|
| 社会福祉法人 十善会 十善会病院 地域連携室 |
| 電話 095-821-1214(代) FAX 095-818-5388(直) |
| E-Mail renkeishitu@juzenkai-hospital.or.jp |
| ホームページ http://juzenkai-hospital.or.jp/ |

国立病院機構 長崎病院

1. 相談の対象

本人・家族（本人の同意を得た家族（本人の同意書が必要））

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | | | | | |
|-----------|---|---------|---|-----------|---|----------|---|
| 肺がん・縦隔腫瘍 | — | 食道がん | — | 脳腫瘍 | — | 副腎皮質がん | ○ |
| 胃がん・胃腫瘍 | ○ | 膵がん・膵腫瘍 | ○ | 骨軟部腫瘍 | — | 悪性褐色細胞腫 | |
| 大腸がん・大腸腫瘍 | ○ | 前立腺がん | ○ | 皮膚腫瘍 | — | 甲状腺がん | — |
| 肝がん・肝腫瘍 | — | 膀胱がん | ○ | 胆嚢がん・胆管がん | ○ | 腎盂尿管がん | ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 | — | 腎がん | ○ | 尿路がん | | 陰茎がん | ○ |
| | | 子宮がん | — | 精巣がん | ○ | 後腹膜腫瘍 | ○ |
| | | 小児腫瘍 | — | 卵巣がん | — | 皮膚原発リンパ腫 | |
| | | 頭頸部腫瘍 | — | 原発不明がん | — | | |
| | | 血液腫瘍 | ○ | 性腺外胚細胞腫瘍 | — | | |
| | | | | 眼腫瘍 | — | | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 10500 円／30 分（追加 30 分で 5250 円） | 保険証・診療情報提供書・過去の検査データ・本人の同意書 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | | |

3. 申し込み方法

情報提供実施

国立病院機構 長崎病院 地域医療連携室

相談窓口電話 095-824-2788 FAX 095-824-2788

佐世保市立総合病院

1. 相談の対象

ご本人の受診を原則としますが、同意書をお持ちになればご家族だけでも受診が可能です。

なお、患者さんが未成年の場合には、続柄を確認できる書類(健康保険証等)をお持ち下さい。

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん — |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 — | 悪性褐色細胞腫 — |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん ○ | 皮膚腫瘍 ○ | 甲状腺がん — |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん ○ | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん ○ | 尿路がん ○ | 陰茎がん — |
| | 子宮がん ○ | 精巣がん — | 後腹膜腫瘍 — |
| | 小児腫瘍 ○ | 卵巣がん ○ | 皮膚原発リンパ腫 — |
| | 頭頸部腫瘍 ○ | 原発不明がん — | |
| | 血液腫瘍 ○ | 性腺外胚細胞腫瘍 — | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

- セカンドオピニオン外来は自由診療で行われます。健康保険は使えませんのでご注意ください。
- 受診は完全予約制です。
- お問い合わせ、予約に料金はかかりません。キャンセルも可能です。
- 相談時間は最長1時間以内としています。

【必要書類】

- ①現在受診されている医療機関の診療情報提供書、検査記録、カルテ、レントゲンフィルムなど
- ②患者様自身を証明するもの(健康保険証、運転免許証)
- ③患者様が未成年者の場合や家族が相談される場合は、続柄のわかるもの(戸籍抄本、健康保険証や患者様の同意書が必要になります。)

【料 金】

30分5250円(消費税込み) 30分超えると5250円加算されます。
お支払いは、ご相談終了後にお願い致します。

3. 申し込み方法(申込者:医療機関及び個人)

- (1)窓口、電話による予約 (2)申込者:医療機関及び個人

佐世保市立総合病院 セカンドオピニオン相談窓口(地域連携室)

TEL: 0956-24-1515(内線 6148) FAX: 0956-24-0474

医療法人白十字会 佐世保中央病院

1. 相談の対象

本人・家族

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん ○ |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 — | 悪性褐色細胞腫 — |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん ○ | 皮膚腫瘍 — | 甲状腺がん ○ |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん ○ | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん ○ | 尿路がん ○ | 陰茎がん ○ |
| | 子宮がん — | 精巣がん ○ | 後腹膜腫瘍 ○ |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん — | 皮膚原発リンパ腫 — |
| | 頭頸部腫瘍 — | 原発不明がん — | |
| | 血液腫瘍 — | 性腺外胚細胞腫瘍 — | |
| | | 眼腫瘍 — | |

◎：院内専門医等による対応 ○：院内での対応が可能 △：院外との連携での対応

2. 料金及び必要書類

①料金は30分につき5250円（税込み）です。

②必要書類は診療情報提供書、相談内容に応じた検査結果です。

但し、患者さん本人以外のほうが来院される場合は、ご本人の同意書と身元及び患者さんとの続柄がわかるもの（免許証・戸籍謄本など）をご用意下さい

③当院は完全予約制となっております。

④担当医は党员にて決定させていただきますが、ご希望医がございましたらお申し出下さい

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|------------------------------------|--|
| 患者さん本人が来院 | 5,250円/30分 | ・診療情報提供書 ・相談内容に応じた過去の検査データ |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 30分を超えた場合は30分毎に5250円の追加料金が発生いたします。 | ・診療情報提供書 ・相談内容に応じた過去の検査データ ・ご本人の同意書 ・身元及び患者さんとの続柄がわかるもの（免許証、戸籍謄本） |

3. 申し込み方法（申込者：医療機関、または患者・家族）

院内には、セカンドオピニオン外来としての掲示は行っておりませんがお問い合わせ時のマニュアルなどの資料、ご案内などは作成しております。

佐世保中央病院 地域医療連携センター

電話 0120-33-8293 FAX 0800-7000-070 0120-33-8293

国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院

1. 相談の対象

本人・家族(家族に関しては実質的にケアしている者が対象)

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | | | | | |
|-----------|---|---------|---|-----------|---|----------|---|
| 肺がん・縦隔腫瘍 | — | 食道がん | ○ | 脳腫瘍 | ○ | 副腎皮質がん | ○ |
| 胃がん・胃腫瘍 | ○ | 膵がん・膵腫瘍 | ○ | 骨軟部腫瘍 | ○ | 悪性褐色細胞腫 | |
| 大腸がん・大腸腫瘍 | ○ | 前立腺がん | ○ | 皮膚腫瘍 | ○ | 甲状腺がん | — |
| 肝がん・肝腫瘍 | ○ | 膀胱がん | ○ | 胆嚢がん・胆管がん | ○ | 腎盂尿管がん | ○ |
| 乳がん・乳腺腫瘍 | — | 腎がん | ○ | 尿路がん | | 陰茎がん | ○ |
| | | 子宮がん | ○ | 精巣がん | ○ | 後腹膜腫瘍 | ○ |
| | | 小児腫瘍 | — | 卵巣がん | ○ | 皮膚原発リンパ腫 | |
| | | 頭頸部腫瘍 | ○ | 原発不明がん | ○ | | |
| | | 血液腫瘍 | — | 性腺外胚細胞腫瘍 | ○ | | |
| | | | | 眼腫瘍 | ○ | | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|-------------|-----------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 8400 円/30 分 | 予約票・診療情報提供書・過去の検査データ・本人の同意書 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | | |

3. 申し込み方法

情報提供実施

佐世保共済病院 医事課

電話 0956-22-5136 F A X 0956-25-0662

国立病院機構 長崎医療センター

1. 相談の対象

- ・患者さんご本人
- ・患者さんご家族（患者さんご本人の同意書が必要です）

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 - | 副腎皮質がん - |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 - | 悪性褐色細胞腫 - |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん - | 皮膚腫瘍 - | 甲状腺がん - |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん - | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん - |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん - | 尿路がん - | 陰茎がん - |
| | 子宮がん - | 精巣がん - | 後腹膜腫瘍 - |
| | 小児腫瘍 - | 卵巣がん - | 皮膚原発リンパ腫 - |
| | 頭頸部腫瘍 - | 原発不明がん - | |
| | 血液腫瘍 - | 性腺外胚細胞腫瘍 - | |
| | | 眼腫瘍 - | |

○：院内での対応が可能

※上記の疾患以外についても個別적으로ご相談いただければ（担当医の了承が得られれば）対応可能となる場合もあります。

2. 料金及び必要書類

- ①全額自費で健康保険は適用されません
- ②完全予約制です。
- ③患者さん本人以外の方が来院される場合は患者様本人の同意書が必要です。

※相談者をご家族だけの場合、及び患者さんが未成年者の場合には、続柄を確認できる書類（健康保険証など）も併せてご持参下さい。

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--|--|
| 患者さん本人が来院 | 相談に要する時間で金額が異なります。 ※下記金額は全て消費税込みの額です。 30分以内…10,500円、以後30分増すごとに5,250円が加算されます。 | カルテ(または診療情報提供書)※必須 レントゲンフィルム 検査の結果 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 同上 | 同上 |

※当院での検査や治療を目的においでになるときは通常を受診手続きをとっていただくことになります

3. 申し込み方法（申込者：医療機関及び個人）

申込用紙に必要事項を全てご記入いただき、FAXまたは郵送でお送り下さい。

患者さんご本人が来院されない場合は、同意書も併せてお送りください。

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 医療相談支援センター 地域医療連携室
 TEL：0957-52-3121（内線：3188,3189） 0120-731-062 FAX：0120-731-063
 e-mail：renkei@nmc.hosp.go.jp
 〒856-8562 長崎県大村市久原2丁目1001-1

長崎川棚医療センター

1. 相談の対象

本人・家族

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|----------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん — |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 - | 悪性褐色細胞腫 |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん — | 皮膚腫瘍 - | 甲状腺がん ○ |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん — | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん — |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん — | 尿路がん | 陰茎がん — |
| | 子宮がん — | 精巣がん — | 後腹膜腫瘍 — |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん — | 皮膚原発リンパ腫 |
| | 頭頸部腫瘍 — | 原発不明がん - | |
| | 血液腫瘍 — | 性腺外胚細胞腫瘍 — | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--|-----------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 30分以内 8400円 30分超1時間以内 12600円 1時間超～30分以内 16800円 | 予約票・診療情報提供書・過去の検査データ・本人の同意書 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | | |

3. 申し込み方法

情報提供実施

長崎川棚医療センター 地域医療連携室

相談窓口電話 0956-82-6420 0120-77-6420 F A X 0956-82-2280

日本赤十字社長崎原爆諫早病院

1. 相談の対象

本人・家族

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|----------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 — | 副腎皮質がん — |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 — | 悪性褐色細胞腫 |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん — | 皮膚腫瘍 — | 甲状腺がん — |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん — | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん — |
| 乳がん・乳腺腫瘍 — | 腎がん — | 尿路がん | 陰茎がん — |
| | 子宮がん — | 精巣がん — | 後腹膜腫瘍 — |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん — | 皮膚原発リンパ腫 |
| | 頭頸部腫瘍 — | 原発不明がん — | |
| | 血液腫瘍 — | 性腺外胚細胞腫瘍 — | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|---|-------------------------------------|
| 患者さん本人が来院 | (当院患者は医療保険適応) ・他医療機関受診者は 10500 円 ／30 分 30 分越える毎に 5250 円を追加 | 診療情報提供書・過去の検査データ・本人の同意書・申込書(当院書式の分) |
| 患者さん本人以外の方が来院 | | |

3. 申し込み方法

セカンドオピニオン外来として正式には立ち上げておりませんが、患者及び家族より希望があった場合は、当院としての対応を取り決めています。

日本赤十字社 長崎諫早原爆病院

電話 0957-43-2111 F A X 0957-43-2870

長崎県島原病院

1. 相談の対象

原則として患者様本人です。

ご家族のみでご相談される場合は、患者様の同意書が必要です。病状等の理由により、患者様の意思確認が困難な場合は、電話での申し込み時にお知らせ下さい。

また、患者様が未成年の場合には、続柄を確認できる書類（健康保険証等）を相談日にご持参下さい。

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん - | 脳腫瘍 ○ | 副腎皮質がん - |
| 胃がん・胃腫瘍 - | 膵がん・膵腫瘍 - | 骨軟部腫瘍 - | 悪性褐色細胞腫 - |
| 大腸がん・大腸腫瘍 - | 前立腺がん ○ | 皮膚腫瘍 - | 甲状腺がん - |
| 肝がん・肝腫瘍 - | 膀胱がん - | 胆嚢がん・胆管がん - | 腎盂尿管がん - |
| 乳がん・乳腺腫瘍 - | 腎がん - | 尿路がん - | 陰茎がん - |
| | 子宮がん - | 精巣がん - | 後腹膜腫瘍 - |
| | 小児腫瘍 - | 卵巣がん - | 皮膚原発リンパ腫 - |
| | 頭頸部腫瘍 - | 原発不明がん - | |
| | 血液腫瘍 - | 性腺外胚細胞腫瘍 - | |
| | | 眼腫瘍 - | |

○：院内での対応が可能

※放射線治療に関し、セカンドオピニオンが対応可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--|------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 自由診療 1回につき30分まで10,500円で、以後30分又は30分に満たない端数を増すごとに5,250円を加算します | 予約票・保険証・過去のデータ・診療情報提供書 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 同上 | 上記に加えて本人の同意書 |

3. 申し込み方法（申込者：医療機関及び個人）

(1) 電話、ファクシミリ、来所による予約

長崎県島原病院 地域医療連携室

〒855-0861 長崎県島原市下川尻町 7895

電話 0957-63-1145 〈代表番号〉 F A X 0957-63-6544 (地域医療連携室専用)

※ 電子メールによる相談の受付は行っていない

※ 放射線治療:水曜 10:30~11:30 放射線治療以外:日時は応相談

国民健康保険 平戸市民病院

1. 相談の対象

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 ○ | 食道がん ○ | 脳腫瘍 — | 副腎皮質がん — |
| 胃がん・胃腫瘍 ○ | 膵がん・膵腫瘍 ○ | 骨軟部腫瘍 — | 悪性褐色細胞腫 |
| 大腸がん・大腸腫瘍 ○ | 前立腺がん — | 皮膚腫瘍 — | 甲状腺がん ○ |
| 肝がん・肝腫瘍 ○ | 膀胱がん — | 胆嚢がん・胆管がん ○ | 腎盂尿管がん — |
| 乳がん・乳腺腫瘍 ○ | 腎がん — | 尿路がん | 陰茎がん — |
| | 子宮がん — | 精巣がん — | 後腹膜腫瘍 — |
| | 小児腫瘍 — | 卵巣がん — | 皮膚原発リンパ腫 ○ |
| | 頭頸部腫瘍 — | 原発不明がん — | |
| | 血液腫瘍 ○ | 性腺外胚細胞腫瘍 — | |
| | | 眼腫瘍 — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|--------------------------------------|---|
| 患者さん本人が来院 | 30分以内 10,500円 以後30分増すごとに5,250円が加算 | 1. 診療情報提供書 (主治医の紹介状) 2. 検査資料 (検査データ、画像フィルムなど) |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 30分以内 10,500円 以後30分増すごとに5,250円が加算 | 1. 診療情報提供書 (主治医の紹介状) 2. 検査資料 (検査データ、画像フィルムなど) 3. 本人の同意書 |

3. 申し込み方法

国民健康保険 平戸市民病院
電話 0950-28-1113 FAX 0950-28-0800

医療法人医理会 柿添病院

1. 相談の対象

本人・家族

がんのセカンドオピニオン対象疾患

| | | | | | | |
|-----------|---|---------|---|-----------|---|----------|
| 肺がん・縦隔腫瘍 | — | 食道がん | — | 脳腫瘍 | — | 副腎皮質がん |
| 胃がん・胃腫瘍 | ○ | 膵がん・膵腫瘍 | ○ | 骨軟部腫瘍 | — | 悪性褐色細胞腫 |
| 大腸がん・大腸腫瘍 | ○ | 前立腺がん | — | 皮膚腫瘍 | — | 甲状腺がん |
| 肝がん・肝腫瘍 | ○ | 膀胱がん | — | 胆嚢がん・胆管がん | ○ | 腎盂尿管がん |
| 乳がん・乳腺腫瘍 | ○ | 腎がん | — | 尿路がん | | 陰茎がん |
| | | 子宮がん | ○ | 精巣がん | | 後腹膜腫瘍 |
| | | 小児腫瘍 | — | 卵巣がん | ○ | 皮膚原発リンパ腫 |
| | | 頭頸部腫瘍 | — | 原発不明がん | | |
| | | 血液腫瘍 | — | 性腺外胚細胞腫瘍 | | |
| | | | | 眼腫瘍 | — | |

○：院内での対応が可能

2. 料金及び必要書類

| 区分 | 料金等 | 御用意いただくもの |
|---------------|-------------|---------------------------|
| 患者さん本人が来院 | 医療保険の適応 | 保険証・診療情報提供書・過去のデータ・本人の同意書 |
| 患者さん本人以外の方が来院 | 10,000円/30分 | 同上 |

3. 申し込み方法

柿添病院 地域医療連携室
 電話 0950-23-2151 FAX0950-23-3103
 メール saburo-k@kakizoehospital.or.jp

