

No.

西暦 年 月 日

## オンライン式 セカンドオピニオン申込書

岐阜大学医学部附属病院 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申し込みいたします。

なお、治療結果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

(フリガナ) 患者氏名		性	生年月日	年 月 日
				( 歳)
住所	〒 -		電話	( )
(フリガナ) 相談者氏名		性	生年月日	年 月 日
			患者との続柄	
相談者住所	〒 -		電話	( )
(1) 相談の目的				
(2) 今までの治療経過				
(3) 患者さんの現在の状況 ( )				
病 名 :				
歩 行 :				
食 事 :				
主な訴え :				
その他の状況 :				
(4) 現在の入院先または通院先				
所在地 :				
病 院 名 : _____ 診療科名 _____ 主治医名 _____				
電 話 : _____ ( ) _____				

注意 オンライン式 セカンドオピニオン申込書と同意書をFAXする。

医療機関の方へ

オンライン式 セカンドオピニオン申込書と併せて、FAXしてください。

岐阜大学医学部附属病院 病院長殿

私は、下記の注意事項に従いオンライン式でのセカンドオピニオンに同意し申し込みします。

同意日            西暦            年            月            日

本人            署名

#### 注意事項

1. オンライン式セカンドオピニオンによるセキュリティおよびプライバシーのリスクに関連して以下の注意事項を守っていただくようお願いいたします。
  - ・ 相談者（患者）は使用するシステムに伴うリスクを把握すること。
    - 例）生じうるリスク： スマートフォンの紛失や、コンピュータウイルス感染に伴う医療情報の漏洩等
    - 取りうる対策： パスワード設定、生体認証設定、セキュリティソフトのインストール等
  - ・ 相談者（患者）は使用するアプリケーション、OSが適宜アップデートされることを確認すること。
  - ・ 相談者（患者）は医師側の了解なくビデオ通話を録音、録画、撮影してはならない。
  - ・ 相談者（患者）は医師のアカウント等の情報を診療に関わりのない第三者に提供してはならない。
  - ・ 相談者（患者）は医師との同意がない限り、医師と通信中に第三者を参加させない。
  - ・ 相談者（患者）は原則、医師側の求めない限り、あるいは指示に反して、チャット機能の利用やファイルの送付などを行わない。特に、外部URLへの誘導を含むチャットはセキュリティリスクが高いため行わない。
  - ・ 相談者（患者）は顔写真付きの身分証明書で本人証明を行う。顔写真付きの身分証明書を有さない場合、二種類以上の身分証明書をを用いて本人証明を行う。
2. 料金・支払いについて
  - ・ お支払いは、クレジット決済のみとなります。
  - ・ 保険診療以外に別途料金（アプリ使用料・サービス等の費用・薬等の配送料）がご本人負担となります。
    - 【情報通信料】1回につき 1,650円（税抜価格1,500円）
    - 【セカンドオピニオン相談料】相談料金 30分迄 11,000円（税抜価格10,000円）  
延長料金 30分毎 5,500円（税抜価格5,000円）加算する。  
※2026年6月1日以降1回につき33,000円  
（相談時間は主治医の先生への報告書作成等を含め概ね60分まで）
3. 委任状について
  - ・ ご本人及びご家族、ご一緒でも構いません。但し、ご家族のみでお受けになる際は、原則としてご本人の同意（委任状）が必要です。必ず事前に総合患者サポートセンターへ郵送してください。