

セカンドオピニオンの問い合わせ窓口

記載の有無 あり

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名: 日本赤十字社医療センター

期間: 平成28年9月1日現在

■がん患者やその家族に対して行っている、セカンドオピニオン対応の情報提供について記載してください。

- ①院内の見やすい場所に掲示している
- ②院内誌、チラシ等で広報している
- ③ホームページに掲載している
- ④ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載してください
- ⑤地域の広報誌等で広報している
- ⑥その他の方法で掲載している
- ⑦その他の方法がある場合、内容を記載してください

| | |
|----------|----------|
| はい | (はい/いいえ) |
| はい | (はい/いいえ) |
| はい | (はい/いいえ) |
| いいえ | (はい/いいえ) |
| はい | (はい/いいえ) |
| 院内の電光掲示板 | |

<http://www.med.jrc.or.jp/visit/tabid/315/Default.aspx>

■病院のホームページで「セカンドオピニオン」の説明が掲載されているページの内容

| 問い合わせ先の電話など | 対応可能な疾患名 | 対応した患者数(実績) | 担当する医師の情報 | | | 保険診療、または保険外診療である旨 |
|-------------|----------|-------------|-----------|------|------|-------------------|
| | | | 医師名 | 診療科 | 専門分野 | |
| 掲載あり | 掲載あり | 掲載なし | 掲載なし | 掲載あり | 掲載なし | 掲載あり |

■問い合わせ窓口の情報

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|--------------|----|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 1 | 地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口が設定されている (はい/いいえ) | | | | | | | | | | はい | | | | | | | | |
| | 窓口の名称 | | 医療連携室 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 | 代表 | | | | | | | | | (内線) | | | | | | | | |
| | | 直通1 | 03-3400-0158 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 直通2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 対応曜日と対応時間 <small>※時間は、半角で24時間表記にて記載 ※土・日曜日は、対応している場合のみ記載 →「毎週」などの選択をしてください</small> | 月～金曜日 | | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | | | |
| | | 月～金曜日の対応時間が曜日によって異なる場合 | 曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 |
| | | | 曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 |
| | | | 曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 |
| | | 土曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | |
| 日曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | | | |
| 祝祭日、年末年始以外の休み (創立記念日など) | | 創立記念日(5月1日) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 地域の医療機関向けの問い合わせ窓口が設定されている (はい/いいえ) | | | | | | | | | | はい | | | | | | | | |
| | 窓口の名称 | | 医療連携室 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 | 代表 | | | | | | | | | (内線) | | | | | | | | |
| | | 直通1 | 03-3400-0158 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 直通2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAX番号 <small>※代表番号は、直通番号がない場合のみ記載</small> | 直通1 | 03-3400-0193 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 直通2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 代表 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電子メール <small>※半角英数で記載 ※個人のメールアドレスは記載しないでください</small> | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対応曜日と対応時間 <small>※時間は、半角で24時間表記にて記載 ※土・日曜日は、対応している場合のみ記載 →「毎週」などの選択をしてください</small> | 月～金曜日 | | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | | | | |
| | 月～金曜日の対応時間が曜日によって異なる場合 | 曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | |
| | | 曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | |
| | | 曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | |
| | 土曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | | |
| 日曜日 | | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | ～ | 時 | 00 | 分 | | | |
| 祝祭日、年末年始以外の休み (創立記念日など) | | 創立記念日(5月1日) | | | | | | | | | | | | | | | | | |