

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: 昭和大学病院
 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)
いいえ	(はい/いいえ)
はい	(はい/いいえ)
http://www.showa-u.ac.jp/SUH/outpatient/secondopinion/index.html	
いいえ	(はい/いいえ)
いいえ	(はい/いいえ)

■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	掲載なし	掲載なし	掲載なし	掲載なし	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	03-3784-8000				(内線)	8400												
		直通1	03-3784-8400																	
		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								
		月～金曜日の対応時間が曜日によって異なる場合	曜日			時		分	～		時	00	分							
			曜日			時	00	分	～		時	00	分							
			曜日			時	00	分	～		時	00	分							
		土曜日		毎週	8	時	30	分	～	13	時	00	分							
日曜日				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)		11月15日(創立記念日)																		
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	03-3784-8000				(内線)	8400												
		直通1	03-3784-8400																	
		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	03-3784-8822																	
		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									
	月～金曜日の対応時間が曜日によって異なる場合	曜日			時		分	～		時	00	分								
		曜日			時	00	分	～		時	00	分								
		曜日			時	00	分	～		時	00	分								
	土曜日		毎週	8	時	30	分	～	13	時	00	分								
日曜日				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)		11月15日(創立記念日)																		