

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: 公立昭和病院

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	いいえ	(はい/いいえ)
②院内誌、チラシ等で広報している	いいえ	(はい/いいえ)
③ホームページに掲載している	いいえ	(はい/いいえ)
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	http://	
⑤地域の広報誌等で広報している	いいえ	(はい/いいえ)
⑥その他の方法で掲載している	はい	(はい/いいえ)
⑦その他の方法がある場合、内容を記載してください	がん相談で案内	

■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		地域医療連携室																					
	電話		代表	042-461-0052			(内線)	2168																
			直通1																					
			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		9	時	00	分	～	16	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	
			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)																								
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		地域医療連携室																					
	電話		代表	042-461-0052			(内線)	2168																
			直通1																					
			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	042-461-0143																				
			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		9	時	00	分	～	16	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				
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)																								