

■セカンドオピニオン外来の詳細についてお伺いします。

問9 平成17年、18年、19年のそれぞれ4～6月に、セカンドオピニオン外来の件数は何件ありましたか。またそのうち、平成18年と19年のそれぞれ4～6月に、**紹介元医療機関で診療情報提供料(Ⅱ)**(注)を算定していた件数は、何件ありましたか。不明の場合は記入欄に「-」をご記入下さい。なお、診療情報提供料(Ⅱ)算定件数は**診療情報提供料(Ⅰ)算定件数とは区別し、区別できない場合は「不明」と記入して下さい。**

	平成17年4～6月	平成18年4～6月	平成19年4～6月
セカンドオピニオン外来の件数	件	件	件
うち診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた件数		件	件

(注) 診療情報提供料(Ⅱ)は、主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)を得ることを推進するものとして、主治医がセカンドオピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断にかかる画像情報等、他の医師が当該患者の治療方針についての助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できます。

問10 セカンドオピニオン外来において、**紹介元医療機関が診療情報提供料(Ⅱ)を算定していることをどのように把握できていますか。**該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

01 紹介状等の書類に記載があった場合	04 紹介元医療機関に問い合わせた場合
02 患者(あるいは家族等)から話があった場合	05 その他()
03 患者(あるいは家族等)に質問した場合	06 算定の有無を把握できることはない

問11 平成19年4～6月のセカンドオピニオン外来件数の**主疾患**は何ですか。**件数の多かった上位5疾患**をご記入下さい。主疾患の種類は、別紙「疾患コード表」を参照して**3桁の疾患コード**でご記入下さい。

	疾患コード(3桁)	平成19年4～6月の件数
疾患1		件
疾患2		件
疾患3		件
疾患4		件
疾患5		件

問12 セカンドオピニオン外来において、**患者(来院者)が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分ですか。**最も該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で十分である	04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い
02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある	05 ほとんどの場合で不十分である
03 十分な場合も不十分な場合も同程度にある	

問13 **紹介元医療機関が診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた場合、患者(来院者)が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分だと考えますか。**最も該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で十分である	04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い
02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある	05 ほとんどの場合で不十分である
03 十分な場合も不十分な場合も同程度にある	06 算定の有無を把握できることはない

問14 平成19年4～6月のセカンドオピニオン外来件数のうち、**紹介元医療機関から貴院に転院**した件数をご記入下さい。該当するケースがなければ「0」、不明の場合には「-」をご記入下さい。

紹介元医療機関から貴院に転院した件数	件
うち病院から転院した件数	件
うち一般診療所・歯科診療所から転院(転医)した件数	件

問 15 セカンドオピニオン外来に来た患者（あるいはその家族等）の満足度について、最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 01 ほとんどの場合で満足していただいていると思われる | 04 どちらかといえば不満な場合が多いと思われる |
| 02 どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる | 05 ほとんどの場合で不満だと思われる |
| 03 満足な場合も不満な場合も同程度にあると思われる | 06 なんとも言えない |

■貴院の概要についてお伺いします。

問 16 【問1で選択肢05、06を選んだ場合は、本問以下にご回答下さい】
貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

- 01 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他）
- 02 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
- 03 社会保険関連団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）
- 04 医療法人・個人・その他（公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他法人、個人）

問 17 貴院の標榜診療科目として該当する選択肢すべての番号に○をお付け下さい。

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 01 内科 | 13 整形外科 | 25 気管食道科 |
| 02 呼吸器科 | 14 形成外科 | 26 皮膚科 |
| 03 消化器科（胃腸科） | 15 美容外科 | 27 泌尿器科 |
| 04 循環器科 | 16 脳神経外科 | 28 性病科 |
| 05 小児科 | 17 呼吸器外科 | 29 こう門科 |
| 06 精神科 | 18 心臓血管外科 | 30 リハビリテーション科 |
| 07 神経科 | 19 小児外科 | 31 放射線科 |
| 08 神経内科 | 20 産婦人科 | 32 麻酔科 |
| 09 心療内科 | 21 産科 | 33 歯科 |
| 10 アレルギー科 | 22 婦人科 | 34 矯正歯科 |
| 11 リウマチ科 | 23 眼科 | 35 小児歯科 |
| 12 外科 | 24 耳鼻いんこう科 | 36 歯科口腔外科 |

問 18 貴院の1日当たり平均入院患者数、1日当たり平均外来患者数、紹介率（いずれも平成18年4月～19年3月の実績）を、小数第1位までご記入下さい。

- | | |
|------------------|---------|
| (1) 1日当たり平均入院患者数 | (.) 人 |
| (2) 1日当たり平均外来患者数 | (.) 人 |
| (3) 紹介率 | (.) % |

問 19 貴院の看護基準として該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 01 7:1 以上 | 03 13:1 以上 | 05 15:1 未満 |
| 02 10:1 以上 | 04 15:1 以上 | |

問 20 貴院の病院属性として該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

- | | | |
|-------------|---------------|----------------------|
| 01 DPC 対象病院 | 03 地域医療支援病院 | 05 臨床研修指定病院（単独型・管理型） |
| 02 DPC 準備病院 | 04 高度先進医療実施病院 | 06 臨床研修指定病院（協力型） |

■最後に、セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等がございましたらご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、7月31日(火)までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。