

福井県がん診療連携拠点病院における がん種別セカンドオピニオン情報（手続き等）

令和8年6月現在

医療機関名	所在地	セカンド オピニオン 外来日	要予約	予約方法	問い合わせ先	本人以外 への対応	料金（税込）・時間	相談時間 の制限	受診時 必要な物
福井県立病院	福井市四ツ井 2-8-1	月～金	要予約	電話予約 FAX予約	<入退院支援センター> TEL:0776-57-2900 FAX:0776-57-2901	本人の同意 があれば対 応します	通常料金: 30分まで11,000円 追加料金: 30分を超えるとき 16,500円	60分以内	紹介状 病理検査結果 レントゲン写真 画像診断 血液検査結果 その他 (ご家族だけの場合は患者さんの同意書)
福井大学医学部附属病院	吉田郡永平寺町 松岡下合月 23-3	月～金	要予約	FAX予約	<地域医療連携部> TEL:0776-61-8451 FAX:0776-61-8150	本人の同意 があれば対 応します	原則として 1回につき22,000円	60分以内	紹介状 病理検査結果 レントゲン写真 画像診断 血液検査結果 同意書
福井県済生会病院	福井市和田中町 舟橋7-1	月～金	要予約	電話予約 FAX予約 直接来院して予約を 取る(FAX予約は、 医療機関からのみ 受け付けます。)	<地域医療連携室・ よろず相談外来> TEL:0776-28-8521 0776-28-8185 FAX:0776-28-8525	本人の同意 があれば対 応します	通常料金: 30分まで11,000円 超過料金: 30分超～60分まで 16,500円	60分以内	紹介状 病理検査結果 レントゲン写真 画像診断 血液検査結果 同意書(本人以外の場合は、患者さん本人の 署名と代理人の本人確認書類)
福井赤十字病院	福井市月見 2-4-1	月～金	要予約	電話予約 FAX予約	<地域医療連携課> TEL:0776-36-4110 FAX:0776-36-0240	本人の同意 があれば対 応します	通常料金: 30分まで 11,000円 超過料金: 30分超～60分まで 16,500円	60分以内	紹介状 病理検査結果 レントゲン写真 画像診断 血液検査結果 その他 (ご家族の場合は患者さんの同意書) (患者さんが未成年の場合には、続柄を確認 できるもの)
市立敦賀病院	敦賀市三島町 1丁目6番60号	月～金 診療科によって 異なる	要予約	電話予約	<地域医療連携室> TEL:0770-21-1266 FAX:0770-21-1005	本人の同意 があれば対 応します	通常料金: 30分まで11,000円 超過料金: 30分～60分16,500円	60分以内	紹介状(診療情報提供書) 病理検査結果 レントゲン写真 画像診断 血液検査結果 その他 (ご家族の場合は患者さんの同意書)