

セカンドオピニオン相談内容確認書 (相談を受けられる方がご記入ください。)

患者様氏名		氏名 _____	
相談の目的 (あてはまるもの全てに○をつけ、その他はカッコ内にお書きください。)		1. 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選ぶか迷っている。 2. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい。 3. 大きな手術を受けるよう勧められている。 4. その他 ( _____ )  質問したいこと。(簡条書きでお書きください。) _____ _____ _____ _____ _____	
提出できる資料 (あてはまるもの全てに○をつけ、それ以外はその他に記載ください。)		1. 診療情報提供書(紹介状)      2. 血液検査記録 3. 生理学検査の結果(心電図・呼吸機能・脳波など) 4. レントゲンフィルム              5. CT・MRI検査などのフィルム 6. 超音波検査の結果と画像      7. 内視鏡検査の結果と写真      8. 病理診断報告書 9. その他 ( _____ )	
現在の状況 (あてはまるものに○をつけてください。)		入院・通院	1. 入院中      2. 通院中
		治療について	1. 結果が出たばかりで、治療を始めている(治療前) 2. お薬を飲んでいるなど、何らかの治療を受けている(治療中) 3. 経過を観察している(経過観察中)
これまでの経過	いつ頃、何と診断されましたか?	診断された時期は 平成・令和      年      月ごろ (または      年前ごろ)	
		病名 : _____	
		がんの場合 : 病期 ( _____ ), 病理診断名 ( _____ )	
	これまでに受けた検査は?		
	これまでに受けた治療は?	服用中の方はお薬の名前 ( _____ )	
主治医からの説明		※主治医に説明された内容を分かる範囲で、 <u>ご自身の言葉でお書きください。</u>	

\* 記入した書類は、送る前にコピーをとって、手元に残しておきましょう。

\* 相談日までに追加や修正があれば、記入して相談当日にお持ちください。