セカンドオピニオン外来相談シート

|  |  |
| --- | --- |
| 患者様氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　才）　男・女 |
| 相談目的（あてはまるもの全てに○） | 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. 大きな手術等を受けるよう勧められている
4. その他
 |
| 現在の状況 | 入院中・通院中治療前・治療中・経過観察中 |
| これまでの経過 | いつ、何と診断されたか | 発病又は診断の時期　　　　　　年　　　　月病名 |
| これまでに受けた検査 |  |
| これまでに受けた治療 |  |
| 主治医の意見（主に主治医が勧める治療法とその理由） |  |
| 質問したいこと（箇条書きで結構です） |  |