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） | |  |