

セカンドオピニオン相談シート（記入上の注意を参考にしてご記入下さい）

A.患者氏名		
B.相談の目的 （当てはまるもの 全てに☑）		<input type="checkbox"/> 複数の治療法のどれを選ぶかで迷っている。 <input type="checkbox"/> 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい。 <input type="checkbox"/> 大きな手術を受けるよう勧められている。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
C.準備可能な資料に ☑を入れて下さい （医療相談科宛てに 書留での郵送を お願い致します）		<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン用診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 血液等検査記録 <input type="checkbox"/> レントゲン画像 <input type="checkbox"/> 超音波検査の結果と画像 <input type="checkbox"/> CT・MRI 検査などの画像 <input type="checkbox"/> 生理学検査の結果と画像（心電図・呼吸機能・脳波など） <input type="checkbox"/> 病理検査報告書 <input type="checkbox"/> 医師から直接郵送の為不明 <input type="checkbox"/> その他（ <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> ）
D.現在の状況		入院の有無： <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 治療の有無： <input type="checkbox"/> 治療前 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中
こ れ ま で の 経 過	E1.いつ、何と診 断されましたか	診断の時期 歳 ヶ月頃（ 年 月 日頃） 病名等 病院名
	E2.これまでに受 けた主な検査	
	E3.これまでに受 けた治療（該当者 のみ）	
F.主治医の意見 （特に主治医が勧める 治療法とその理由に ついて、ご自身の言 葉でお書き下さい）		
G.質問したいこと （箇条書きで お願いします） 書ききれない場合は別 紙にご記入下さい		

セカンドオピニオン相談シート 記入上の注意

B.相談の目的

- ・ あてはまるものすべてに☑をつけて下さい。
- ・ それ以外の目的の場合は、下の欄に内容をご記入下さい。

C.準備可能な書類

- ・ 現在の主治医に、どのような資料が貸し出されるのかを確認して下さい。
- ・ あてはまるものすべてに☑をつけて下さい。
- ・ 資料の分類が分かりにくい場合や追加資料のある場合は、（その他）の欄にお書き下さい。

D.現在の状況

- ・ 治療について： まだ検査結果が出たばかりで、治療を始めている方⇒治療前
お薬を飲んでいるなど、何らかの治療を受けている方⇒治療中
経過を観察している方⇒経過観察中

E1.いつ、何と診断されましたか

- ・ 病名：現在の病名 病期をお書き下さい。

E2.これまでにうけた検査

- ・ 治療期間が長期の方は、今の主治医のもとで最近受けた検査についてお書き下さい。

E3.これまでに受けた治療

- ・ 薬物療法については、現在お使いになっている主な薬の名前をお書き下さい。
（過去に服用した薬は除く）

F.主治医の意見

- ・ 主治医が勧める治療法とその理由を中心にお書き下さい。
※ 主治医に記入してもらう必要はありません。主治医に説明されたことを、ご自身の言葉で
お書き下さい。

G.質問したいこと

- ・ 相談者が最も聞きたいことから順番にお書き下さい。
- ・ セカンドオピニオン当日までに別の質問や新たな疑問がでてきた場合は、遠慮なくお尋ね下さい。

<相談シートを送付する前に>

- ・ 記入した書類は、コピーをとって、手元に保管しておくことをお勧め致します。
- ・ セカンドオピニオン当日までに、追加や修正があれば、記入してお持ち下さい。