

## 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○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい</li> <li>3. 大きな手術等を受けるよう勧められている</li> <li>4. その他</li> </ol> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>
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	発病又は診断の時期                      年                      月 病名
いつ、何と診断されたか	
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)	