

セカンドオピニオン外来相談シート

患者氏名			
現在受診している医療機関	医療機関 診療科名		科
	主治医	医師	受診形態 外来 ・ 入院
相談希望 疾患名			
相談の目的 (該当する項目に○をつけて下さい) 複数可	ア) 現在の治療法以外の治療法について知りたい イ) 手術以外の治療法がないか知りたい ウ) 緩和ケアについて知りたい エ) その他 []		
事前に準備する事ができる資料 (該当する項目に○をつけて下さい) 複数可	ア) レントゲン画像 イ) CT・MRI 画像 ウ) 病理検査結果 エ) 採血結果 (腫瘍マーカー等) オ) 超音波検査結果と画像 カ) 生理検査結果 (心電図・呼吸機能検査等) キ) その他 []		
現在の疾患の経過	診断日	年	月 日
治療経過	年	月	手術・化学療法・放射線治療
	年	月	手術・化学療法・放射線治療
	年	月	手術・化学療法・放射線治療
実施した検査			
質問したい内容 (箇条書きでお願いします)			