■患者のためのセカンドオピニオン相談シート（お分かりになる範囲でご記入下さい。）

記入日：令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">患者本人氏名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">相談の目的</td><td>１．外科的治療法と内科的治療法のどちらを選ぶかで迷っている
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に勧められている
４．その他（下欄に記入）
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">持参できる資料</td><td>１．診療情報提供書　　２．血液検査記録
３．生理学検査の結果（心電図・呼吸機能・脳波など）
４．レントゲンフィルム　　５．超音波検査の結果と画像
６．ＣＴ／ＭＲＩ検査のフィルム　　７．病理検査報告書
８．その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の状況</td><td>入通院　：　１．入院中　２．通院中
治　療　：　１．治療前　２．治療中　３．経過観察中</td></tr>
<tr><td rowspan="3">これまでの経過</td><td>いつ、何と
診断されたか</td><td>発病または診断の時期　　年　　ヶ月前ころ
病名
がんの場合　病期　　病理診断名</td></tr>
<tr><td>これまでに受けた検査</td><td></td></tr>
<tr><td>これまでに受けた治療
（該当者のみ）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">質問したいこと（箇条書きで）</td><td></td></tr>
</table>