

## セカンドオピニオン相談シート

(番号に○をつけてください)

ふりがな 患者本人氏名		男 女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
住 所				
電話番号	— —	携帯電話	— —	
相談する病名等	1. 子宮癌 2. 卵巣癌 3. 乳癌 4. その他 ( )			
相談の目的 (あてはまるものすべてに○)	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. 大きな手術などを受けるように勧められている。 4. その他 (下欄にご記入ください) ( )			
現在の状況	1. 通院中 2. 入院中 通院・入院 病院名 ( )			
発病または 診断年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月頃			
相談内容 (質問事項)				
持参できる資料 (現在の主治医 にご相談の上ご 記入ください。)	1. 診療情報提供書 (紹介状) 【必須】 2. 血液・生理学的検査記録 3. レントゲンフィルム (CT・MRI含む) 4. 超音波検査の結果と画像 5. 病理検査報告書 6. その他 ( )			
都合の悪い日時 (複数可)				
最も都合が良い日時 (複数可)				
相談者が本人でない 場合の相談者との続 柄 (同意書必要)	1. 子 2. 親 3. 夫 4. 妻 5. 兄弟 6. 姉妹 その他 ( )			