

セカンドオピニオン 申し込みシート

FAX 番号 03—3365—5951

※送信前にもう一度番号をご確認ください

※ 記入例をご参考ください。

1.患者氏名		
2.相談目的	1. 外科的療法と内科的療法の選択で迷っている。 2. 現在の治療法よりも自分にとってよい治療法があるか相談したい。 3. その他(下記に記入)	
3.持参資料	1. 診療情報提供書(紹介状) 2. 血液検査記録 3. 病理検査結果 4. 超音波検査結果と画像 5. レントゲンフィルム 6. CT、MRI	7. 内視鏡写真 8. 病理検査結果 9. その他
4.現在の状況	1.入院中 2.通院中	
	治療	1. 治療前 2. 治療中 3. 経過観察中
5.経過	【診断の時期】	
	【病名】	
	【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		
質問したいこと (箇条書きで)		

1.患者氏名	T・M (イニシャルをご記入ください。)	
2.相談目的	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 外科的療法と内科的療法の選択で迷っている。 2. 現在の治療法よりも自分にとってよい治療法があるか相談したい。」 3. その他(下記に記入)	
3.持参資料	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 診療情報提供書(紹介状) 2. 血液検査記録 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 病理検査結果 4. 超音波検査結果と画像 5. レントゲンフィルム <input checked="" type="checkbox"/> 6. 7. 8. CT、MRI	<input checked="" type="checkbox"/> 9. 内視鏡写真 <input checked="" type="checkbox"/> 10. 病理検査結果 11. その他
4.現在の状況	1.入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 2.通院中	
	治療	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 治療前 2. 治療中 3. 経過観察中
5.経過	【診断の時期】 平成 26 年〇月〇日 【病名】	
	【これまでに受けた検査】 血液検査、CT、MRI、超音波検査、病理組織検査	
	【これまでに受けた治療】 なし	
主治医の意見	悪性の可能性がある。手術が必要。	
質問したいこと (箇条書きで)	1. 手術以外の方法はないか 2. 最善の治療法は何か 3. 手術を受けた場合、術後にどんな影響が考えられるか	