セカンドオピニオン情報用紙

A:患者本人	氏名:　　さん　　年齢:　　男・女	
B:相談される方	続柄:　　氏名:　　さん	
C:相談の目的	1. 診断された病気・病状について詳しく知りたい 2. 治療法についてもう少し詳しく知りたい 3. 勧められた治療法(手術法)以外の方法はないか知りたい 4. 検査結果についての意見を聞きたい 5. その他	
D:持参できる資料	1. 診療情報提供書　2. 血液検査記録 3. レントゲンフィルム　4. CT, MRI フィルムなど 5. 心電図, 呼吸機能検査, 脳波など 6. 病理検査報告書 7. その他(　　)	
E:現在の状況	1. 入院中　2. 通院中 3. 治療前　4. 治療中　5. 経過観察中	
F:これまでの経過	いつ, 何と診断されたか	1. 発病または診断の時期: 2, 病名: 3. がんの場合　病期: 病理診断:
	これまでに受けた検査	
	これまでに受けた治療	
G:主治医の意見	主治医に勧められた治療法など:	
H:質問したいこと		

受け入れのためのチェックリスト

- ☐ 医療過誤・訴訟に関する相談ではない
- ☐ 当院の専門外の相談ではない
- ☐ 当院への転院や転医を前提としてない
- ☐ 主治医からの診療情報提供書を持参できる
- ☐ セカンドオピニオンの結果を主治医にお返しすることに同意している
- ☐ ご家族の場合, ご本人からの同意が得られている
- ☐ 予約制であること, 相談時間, 相談料金について理解している

記入日　　年　　月　　日　　記入者