

横浜労災病院セカンドオピニオン相談シート（共通）

患者本人氏名		
相談の目的 (あてはまるものすべてに を付けて下さい)		1. 治療法の選択について迷っている 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(下欄に記入)
持参できる資料 (ご用意いただけるものすべてに を付けてください)		1. 診療情報提供書(紹介状) 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検査などのフィルム 7. 病理組織検査報告書 8. その他( )
現在の状況		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
これまで の 経 過	1 いつ、何と診断されましたか	発病または診断の時期 年 月 日 病名 がんの場合 病期 病理診断名
	2 これまでに受けた検査をご記入ください	
	3 これまでに受けた治療(該当者のみ)	
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ご記入ください)		
質問したいこと (箇条書きでごきにゅうください)		

記入上の注意を参考にしてご記入ください。