FAX 番号　０３－３３６４－０３６６

※送信前にもう一度番号を確認してください

セカンドオピニオン相談･申し込みシート

※　記入例をご参照ください。

<table>
<tr><td>1.患者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>2.相談目的</td><td colspan="2">1.　手術を受けたほうがよいか
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
3.　その他(下記に記入)</td></tr>
<tr><td>3.持参資料</td><td colspan="2">1.　診療情報提供書(紹介状)　　6.病理検査結果
2.　血液検査記録　　7.その他
3.　レントゲンフィルム　　(　　)
4.　内視鏡写真
5.　CT,MRI 検査等のフィルム</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4.現在の状況</td><td colspan="2">1.入院中
2.通院中</td></tr>
<tr><td>治療</td><td>1.　治療前
2.　治療中
3.　経過観察中</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5.経過</td><td colspan="2">【診断の時期】

【病名】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【これまでに受けた検査】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【これまでに受けた治療】</td></tr>
<tr><td>主治医の意見</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>質問したいこと
(箇条書きで)</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

セカンドオピニオン相談･申し込みシート(記入例)

1.患者氏名	H・Y　（イニシャル）
2.相談目的	(1). 手術を受けたほうがよいか 2．在の治療法よりも自分にとってよい治療法があるか 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)　(6).病理検査結果（プレパラート） (2).血液検査記録　(7).その他 (3).レントゲンフィルム　(　超音波写真　) 4.内視鏡写真 (5).CT,MRI 検査等のフィルム
4.現在の状況	1.入院中 (2).通院中
治療	(4). 治療前 5. 治療中 6. 経過観察中
5.経過	【診断の時期】平成 20 年○月○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】未治療
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)	・ 手術以外の方法はないか ・ 最善の治療法は何か ・ 手術を受けた場合、術後にどんな影響が考えられるか