

## セカンドオピニオン (A.: 病気相談 ・ B.: 健康相談) 問診票

記入日: 年 月 日

|  |  |   |                |
|--|--|---|----------------|
| 1. 氏名 年齢                                       | 明・大・昭・平 年 月 日<br>歳   |   |                |
| 2. 相談の目的<br>(ABいずれかについて<br>ご記入ください)            | A : 病気相談<br>(○で囲む 複数可)   | イ. 病気についてもっと詳しく知りたい。<br>ロ. 治療法 (妥当であるか・他の治療法の有無) について相談したい。<br>ハ. その他 ( ) |                |
|  | B : 健康相談<br>(○で囲む 複数可)   | イ. 現在の健康不安要素について相談したい。<br>ロ. 健康を維持するための指導を受けたい。<br>ハ. その他 ( )             |                |
| 3. 準備いただける資料                                   | (○で囲む 複数可)   | イ. 診療情報提供書<br>ロ. 検査結果 (血液検査・画像検査・生理学検査・病理検査)<br>ハ. その他 ( )<br>ニ. なし       |                |
| 4. 現在の状況                                       | ○ 診療の有無 …… イ. 通院中    ロ. 入院中    ハ. 通院なし<br>○ 治療の有無 …… イ. 治療中    ロ. 治療完    ハ. 治療なし |   |                |
| 5. これまでの経緯<br>(ABいずれかについて<br>ご記入ください)          | A : 病気相談   | 病名  | 診断時期 (年齢や日付)   |
|  |  | 病院名<br>受けた治療  |                |
|  | B : 健康相談   | 健康不安要素  | いつごろから (年齢や日付) |
|  |  | 受診した医療機関<br>受けた治療   |                |
| 6. 主治医の見解<br>(相談内容に対する<br>主治医の見解を<br>お聞かせください) |  |   |                |
| 7. 質問したいこと<br>(箇条書きでお願い<br>いたします)              |  |   |                |