

新小山市民病院セカンドオピニオン外来 申込書

患者	受診歴	当院を受診したことはありますか？ なし ・ あり（番号： _____）			
	ふりがな 氏名		性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳
	住所	〒 _____		電話 番号	- -
相談者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ （本人以外の相談者がいる場合は以下に記入してください）			
相談者	ふりがな 氏名		患者との続柄	連絡先 ①	- -
	住所	〒 _____		連絡先 ②	- -
希望診療科	乳腺外科		希望医師	穂積医師	
病名		状況	発症・診断の時期： _____ 年 _____ 月頃 治療：治療前・治療中・経過観察		
経過 (受けた検査) (受けた治療)					
相談の目的 (あてはまるものすべてに○)	1.外科的(手術)治療と内科的(投薬注射)治療の選択で迷っている 2.提案されている治療法以外の治療法がないか相談したい 3.大きな手術、先進医療をなどを受けるように勧められており不安がある 4.その他 (_____)				
相談・質問の内容					
受診している医療機関		受診している主治医	_____ 先生		
準備できる資料	1.診療情報提供書(セカンドオピニオン) 2.血液検査 3.生理学的検査(心電図等) 4.超音波検査 5.レントゲン画像 6.CT・MRI画像 7.病理検査 8.その他 (_____)				
相談日 [水：午後]	ご都合の悪い日はありますか？ なし ・ あり（ご都合の悪い日時： _____）				
相談日 同席者	1.患者本人のみ 2.患者本人・家族 (_____) 3.成年患者家族のみ (_____)				

「セカンドオピニオンについて」の内容を理解し了承したうえで、以上のとおり申込みます。

年 月 日 相談者氏名 _____