東京医科大学八王子医療センター
相談者記載用　オンラインセカンドオピニオン相談シート

ふりがな 患者本人氏名	
患者の疾患	
患者の現在の状況 （入通院）	1.　入院中　　2.　通院中
患者の現在の状況 （治療歴）	1.　治療前　　2.　治療中　　3.　経過観察中
患者の受けた治療 （治療歴のある方）	
提出できる資料	1.　診療情報提供書　2.　血液検査　3.　生理機能検査 4.　ﾚﾝﾄｹﾞﾝﾌｨﾙﾑ　5.　CT・MRI・RI・PET　6.　カテーテル検査 7.　病理検査　8.その他（　　）
相談の目的 （あてはまる項目全てに〇をつけてください）	1.　外科的治療法と内科的治療法のどちらを選ぶか迷っている 2.　現在行っ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（下欄に記入してください）
主治医の意見 （上記に記入した疾患について、主治医が勧める治療法とその理由について）	
質問したいこと （箇条書きで記載し、足りない場合は別紙を添付してください。）	