

患者さんのためのセカンドオピニオン相談用紙 記入上の注意

B：相談の目的

- あてはまるものすべてに○をつけてください。
- それ以外の目的は、下欄の空欄に記入してください。

C：持参できる資料

- 現在、かかっている主治医に、どのような資料を貸し出してもらえるかを相談してみましょう。
- あてはまるものすべてに○をつけてください
- その資料の分類（画像診断・生化学・病理検査など）がわかりにくい場合は、「その他」の欄に記入してください。

D：現在の状況

- 治療：まだ検査結果が出たばかりで、治療を始めていない方 ⇒ 治療前
お薬を飲んでいたりなど、なんらかの治療を受けている方 ⇒ 治療中
経過を観察している方 ⇒ 経過観察中

E1：いつ、何と診断されたか

- 病名や病期：現在の病名、病期を書いてください。

E2：これまでに受けた検査

- 治療期間が長期におよぶ方は、今の主治医のもとで最近受けた検査について書いてください。

E3：これまでに受けた治療（該当者のみ）

- 薬物治療については、現在使っている薬の名前を書いてください（過去に服用した薬は除く）

F：主治医の意見

- 主治医が勧める治療法とその理由を中心に書いてください。
- 主治医に記入してもらう必要はありません。主治医に説明されたことを、あなた自身の言葉で書いてください。

G：質問・相談したいこと（箇条書きで）

- あなたが最も聞きたいことから順番に書いてください。
- 記入欄のなかに書ききれない場合は、別の用紙に書いてください。
- 相談日まで、別の質問や新たな疑問が出てきた場合は、遠慮なくお尋ねください。その場合も、メモ用紙に箇条書きにしていただけると、スムーズに相談が行えます。

<相談用紙を送付する前に>

- 記入した「相談用紙」は、コピーをとって、手元に残しておきましょう。
- 相談日まで追加、修正があれば、記入して、相談当日にもっていきましょう。

<相談用紙の送付について>

- 記入した「相談用紙」は、申込書、診療情報提供書（コピー）と一緒に、当院の地域医療室へ、郵送またはFAX送信してください。

<連絡先>

高松赤十字病院 地域医療室

〒760-0017 香川県高松市番町 4-1-3 TEL：087-831-8131（直通）、FAX：087-863-4060（直通）