セカンドオピニオン外来　相談シート

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　生（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | －　　　　　　－ |
| 通院されている  医療機関と主治医 | （　　　　　　　　　　　　　　　）（病院・診療所）  （　　　　　　　　　　）科　　（　　　　　　　　　）医師 |
| 相談の目的  （複数選択可） | □診断について  □治療について  □療養方法について |
| 発病または診断の  時期と病名 | 年　　　　　　月頃  病名（　　　　　　　　　　　　　　） |
| これまでに  受けた検査 | □心理検査（資料　有・無）  □血液検査（資料　有・無）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| これまでに  受けた治療 |  |
| 主治医の意見  （特に主治医が勧めている治療法とその理由） |  |
| 質問したいこと  相談したいこと |  |

北２５条メンタルクリニック　あいさに