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