

セカンドオピニオン質問シート（患者さんまたはご家族記載用）

ふりがな		生 年 月 日
患者氏名		年 月 日
病 名		
発症または診断の時期 (年 月 頃)		
これまで受けた検査		
病期・病理診断名		
これまで受けた治療		
主治医から今後の治療 方法や病状等について 説明を受けられている 内容		
質問したい内容		

患者ご本人または、代理人の方がわかる範囲で構いませんので、ご記載ください。
また、質問したい内容は具体的にご記入頂き当日はこのシートを参考として医師と面談してください。