

MA オンライン・セカンドオピニオン問診票

■患者氏名 ()

■サービス利用者が患者本人か本人以外かにいずれかに✓をしてください。

サービス利用者： 患者本人 ・ 本人以外 (氏名)

■面談同席人数 (本人入れて 名)

■現在の病状をお聞かせ下さい。

① 病名や現在の症状

② 医師から勧められている治療法や主治医の意見等

③ これまでに受けた治療等

④ お聞きになりたいことや相談したいこと等箇条書きでお書きください。

受付日 (年 月 日)