

## セカンドオピニオン問診表

※他院で行った各種検査結果や紹介状などありましたら受付でお渡しください。

### 【セカンドオピニオン外来受診の目的（複数選択可）】

- 診断が正しいかどうか確認したい       診断内容について詳しく知りたい
- 別の治療法があるかどうか確認したい    手術が必要かどうか確認したい
- 現在の治療方針が適切かどうか確認したい       これからの見通しを知りたい  その他

### 【基礎情報】

かかりつけ医がいる

動物病院名：

すでに診断が出ている

診断名：

診断日：            年            月            日

具合の悪い原因が分かっていない

今回の病気以外の持病がある

診断名：

診断日：            年            月            日

### 【現在行っている治療や提案された治療法をお書きください】

**【経過】** ※病状（いつ頃・どんな）や、今までに実施した検査等をお書きください

日付	
----	--

**【今後の治療方針等のご希望】** ※希望が確定していない場合は未記入で構いません

<input type="checkbox"/> 積極的な検査・治療（入院・手術を含む） <input type="checkbox"/> 積極的な治療は行わない <input type="checkbox"/> 症状に対する治療（緩和的・対症療法）を希望する <input type="checkbox"/> 当院での治療を希望する <input type="checkbox"/> かかりつけでの治療を希望する
---

**【その他質問等あればご記入ください】**

--

ご記入ありがとうございました