

セカンドオピニオンをご希望の方へ（問診票）

1、セカンドオピニオンの理由・目的を教えてください。番号に○をつけてください。

複数でも構いません。

- ① 現在の医院での治療方針が適切かどうか確認したい
- ② 現在の医院で説明された治療法以外に選択肢がないか聞きたい
- ③ 今後の病状の見通し（予後）について聞きたい
- ④ その他：できるだけ具体的にお書き下さい

2、担当の歯科医師から現在の病状はどのように説明されていますか？

- ・ 歯の場所： _____（例、右上一番奥の歯・上の前歯 等）
- ・ 病状： _____

3、現在行われている治療方法、または担当医に勧められている治療法について教えてください。

治療法： _____

4、現在、実際に症状はありますか？

今の症状： _____

5、以下の内容の中で、当院でのご希望がございましたら番号に○をつけてください。

複数でも構いません。

- ① CTを撮ってほしい
- ② マイクロスコープ（顕微鏡）で診てほしい
- ③ 写真を撮って今の状態を見せてほしい
- ④ その他：ご希望がございましたら、ご記入ください