

陽子線治療お問い合わせFAX用紙

お申込み日 平成 年 月 日

ご本人	ふりがな			
	氏名、性別	( 男 ・ 女 )		
	生年月日(年齢)	西暦	年	月 日 ( 歳 )
	連絡先TEL	日中に確実につながる連絡先を記入お願いします。 (FAX: )		
	ご住所	〒		
現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他 ( )			
ご相談者 (患者さんご本人でない場合にご記入ください)				
	ふりがな		ご本人との続柄	
	氏名			
	連絡先TEL	日中に確実につながる連絡先を記入お願いします。 (FAX: )		
	ご住所	〒		
希望する連絡方法	電話 ・ FAX ・ 郵便 ・ メール <sup>※</sup> ※(メールアドレス )			
日 程 (ご希望の日になちをご記入いただき、 時間帯をお選びください。 診察時間は50分間となっております。)		第一希望	第二希望	第三希望
		月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
		( ) 9時 ~	( ) 9時 ~	( ) 9時 ~
		( ) 10時 ~	( ) 10時 ~	( ) 10時 ~
		( ) 11時 ~	( ) 11時 ~	( ) 11時 ~
	( ) 13時 ~	( ) 13時 ~	( ) 13時 ~	
疾患名 (例:肝臓がん等)				
主治医の紹介状	有 ・ 無 ( 依頼中 ・ これから依頼 )			
現在の症状や治療内容				
・腫瘍の個数 (約 個) ・腫瘍大きさ (約 cm) ・転移: 無し ・ 有り ↓ 転移部位 ( ) ・放射線治療を受けたことがありますか? (はい ・ いいえ) ・抗がん剤治療を受けていますか? (はい ・ いいえ)		・その他特記事項(自由にお書きください)		
治療適応の可能性がない場合にもセカンドオピニオンを希望		希望する ・ 希望しない		
主治医の 医療機関名	医療機関名	病院	科	
	主治医	先生		

FAX番号: 0993-24-3450

送付先: 〒891-0304 鹿児島県指宿市東方5188番地 メディポリス国際陽子線治療センター 宛て

・ご相談当日には、診療情報提供書(紹介状)、CT画像などが必要になります。

※迷惑メールの対策などでドメイン指定を行っている場合、メール受診できない場合があります。

「@medipolis.org」を受診設定してください。