

お問合せ・相談対応表

受け日 平成 年 月 日

患者情報	ふりがな		
	氏名、性別	(男 ・ 女)	
	生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和) 年 月 日	(歳)
	連絡先TEL	(FAX:)	
	ご住所	〒	
	現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他 ()	
相談者	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	〒	
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			
<ul style="list-style-type: none"> ・腫瘍の個数 (約 個) ・腫瘍大きさ (約 cm) ・転移: 無し ・ 有り ↓ <li style="padding-left: 20px;">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) 		<ul style="list-style-type: none"> ・その他特記事項 	
医師の診断の結果			
先進医療特約に加入していますか? はい ・ いいえ はい→ 保険会社名(
主治医の 医療機関名	医療機関名	病院	科
	主治医	先生	
オフィス鹿児島はどちらでお知りになりましたか			

FAX番号: 099-263-8870

送付先: 〒890-0081 鹿児島市唐湊4丁目21-1 永田ビル1階
メディポリス国際陽子線治療センター「オフィス鹿児島」

相談について

- ・オフィス鹿児島での相談は無料となります。
 - ・医師へのご相談については、TVでのご相談となります。
- なお、医師へのご相談をご希望の場合は、予約制となりますのでご了承ください。