

セカンドオピニオン/初診申込書

お申込み日 年 月 日

申込み内容		セカンドオピニオン ・ 初診 ※初診は保険適用の疾患のみ選択可		
疾患名				
主治医の紹介状		有 ・ 無 ( 依頼中 ・ これから依頼 )		
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)				
ご本人	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※ ※(メールアドレス )			
日程 (ご希望の日にちをご記入いただき、 時間帯をお選びください。)	日程調整済		第一希望	第二希望
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
	時 分	( ) 午前		( ) 午前
		( ) 午後		( ) 午後
希望する面談場所 ※センター以外はTV面談となります	<input type="checkbox"/> センター(指宿) <input type="checkbox"/> キャンセ(鹿児島市) <input type="checkbox"/> 宮崎 <input type="checkbox"/> 熊本 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 沖縄 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 阪神(神戸) <input type="checkbox"/> 東京(中央区)			
現在の症状や治療内容		前立腺癌の方は以下もお願いします。		
・転移箇所: 無し ・ 有り→部位 ( ) (個数: 個) ・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)		・現在のPSA値: ・グリソンスコア(GS): ・ホルモン療法を受けていますか? (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4423番地  
メディポリス国際陽子線治療センター(紹介状在中) 宛

※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、「@medipolis.org」を受信設定してください。