セカンドオピニオン用　患者紹介FAX

兵庫県立粒子線医療センター　医事課あて

TEL　0791-58-0100　FAX　0791-58-2600

送信日　　年　　月　　日

● 貴施設情報

貴施設名:	診療科:	医師名:
施設住所:〒		
電話:	FAX:	email:

● ご紹介患者情報

氏名:	カタカナ:	生年月日:	年齢:	性別:
住所:〒				
電話:	FAX:	携帯電話:		

●診療情報

診断名:	病理学的診断:
TNM分類他:T　N　M　単発・複数(　　) Stage: I　II　III　IV　不明	
患者様への説明内容:	
主訴:	合併症:
既往歴:	Performance Status:
がん治療歴:	

●相談内容（目的・症状・経過など）