

## 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)

--

### ● 診察方法についての患者さん希望

<input type="checkbox"/> 対面診察 <input type="checkbox"/> オンライン診療 <input type="checkbox"/> どちらでも可
オンライン診療・対面診察のどちらとも、紹介状や検査資料などは事前に直接当センター 医事課 にご送付ください