

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
<u>オンライン診療をご希望の場合は、事前に保険証・クレジットカード番号などの登録が必要です</u>
<u>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</u>