

「市民のためのがん治療の会」セカンドオピニオン申込書

年 月 日

お差し支えない範囲で、できるだけ詳しくご記入下さい。なお、この申込書は、当会の担当協力医師以外には開示しません。

相談者氏名				(続柄) 1.本人 2.その他()
患者フリガナ				(性別) 男 女
患者氏名				(生年月日) 満 歳
〒		連絡先 ご住所		
ご自宅電話	市外局番()	局番()	電話番号()	
ご自宅FAX	市外局番()	局番()	電話番号()	
e-mail				
原発部位				
発病時期				
治療経過:いつ、どこの病院等で、どのような治療を受けたなど				
今、一番困っていることなど				
セカンドオピニオン受診についてのご連絡方法について、ご都合のよろしい方に を付けてください。回答は相談者宛にいたします。				FAX e-mail

* 書ききれない場合は別の用紙にお書きになり、この用紙と一緒に送って下さい。