

患者氏名 _____ 様

申込者氏名（本人を除く） _____

合計同席人数 _____ 名

ご相談されたい内容をご記入ください。

① 病名

② 現在感じている症状

③ 紹介元の医師から勧められている治療法（主治医の意見）

手術 抗がん剤 放射線治療 痛みをとる治療 ホスピス
 その他
(_____)

④ これまでに受けた治療

手術 抗がん剤 放射線治療 痛みをとる治療 ホスピス
 その他
(_____)

⑤ 再発の診断を受けた方へ

再発部位 (_____)
勧められている治療法 (_____)

⑥ お聞きになりたいこと（箇条書きでお願いします）

・
・
・
・
・
・

⑦ 紹介元の次回受診予定日

外来受診 202 年 月 日 () 入院中

記入されましたら受付窓口へお渡ししてください。