

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

申込者： 本人 ・ 本人以外（氏名 \_\_\_\_\_ ） 合計同席人数 \_\_\_\_\_ 名

※本人か本人以外かに○をしてください。

現在の状況をお聞かせ下さい。

① 病名

②現在感じている症状

[Empty box for ① 病名]

[Empty box for 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    化学療法    放射線治療    免疫療法    痛みなどの症状を緩和する治療  
 その他  
( \_\_\_\_\_ )

④ これまでに受けた治療

手術    化学療法    放射線治療    免疫療法    痛みなどの症状を緩和する治療  
 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）

.  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .

記入されましたら同意書と一緒に受付窓口へお渡しください。