個別医療相談申込書

個別医療相談会申込書 【2014年7月11日(金)】

会員　・　非会員		住所	〒
氏名			
患児名(ふりがな)		性別	男　・　女
ご連絡先電話番号			
E-Mail			
診断名(例:髄芽腫)		部位(例:副腎)	
病院名・診療科			
発症時年齢		現在の年齢	
現在の状況(何れかに〇をつけてください)		1. 治療中　2. 予後観察中　3. 治癒　4. 亡	
今までの経過を簡単にお書きください。(治療内容、薬剤の種類、放射線治療の有無、手術の状況など)			
今回、ご相談されたいことをお書きください。			
検査・画像データ等の資料はありますか		無　／　有	
これまでに当会主催の個別医療相談を受けたことがありますか		無　／　有　(時期:　　)	

今回頂いた個人情報に関しては、個別医療相談の資料として活用させていただき、それ以外の目的では一切使用いたしません。