がん相談申込書

担当医：大田浩右

※分かる範囲でご記入下さい。

申込日　　年　　月　　日

お名前　　年齢　　歳　性別　男・女　身長　　cm　体重　　kg

相談者　本人・家族　住所　　県　　市　連絡先（電話番号）

病名：　　病期／ステージ：

転移：　あり　・　なし

現在の病気の経過

先生に聞きたいこと

持参される資料：

受診希望日：

※応相談

返信 FAX 番号：(084) 927-0015

＜問合せ先＞明神館クリニック　予約担当：中川　TEL（084）927-0011