

予約された日時 _____年 _____月 _____日 開始時間 _____時 _____分

■申込者 患者本人 代理人 (代理人の場合 氏名 _____)
ふりがな
 ■患者名 _____ (性別 男 女) ■お付き添い _____人 (変更のご連絡は不要です)
 ■生年月日 _____年 _____月 _____日 (_____歳) ■住所 _____
 ■身長 _____cm ■体重 _____kg ■電話/FAX _____
 ■生存配偶者 有 無 ■子ども 有 無 ■携帯①(本人) _____
 ■タバコ 吸う _____年前まで吸っていた 吸わない ■携帯②(代理、付添い) _____

要点をご記入ください。内容の追加や変更は当日うかがいます。病院の診療情報は、当日お持ちください。

- 過去に経験した重大な病気
- 現在問題となっている病気(がん)の病名、進行度
- これまでの経過(症状、受けた検査、治療法など)
- 受診している病院名と、勧められている治療法
- 質問事項(3つ以上)。あれば、がんのニュース、記事、番組で心にとまったもの
- 希望すること、愚痴、大切なこと、生きがいなど
- 近藤誠がん研究所を、なにで知りましたか? お問い合わせのきっかけは?