

近藤誠セカンドオピニオン外来相談票

予約がとれた相談日 _____年 _____月 _____日 開始 _____時 _____分

近藤へのご相談は 初めて 再訪(前回は _____年 _____月 _____日)

■申込者 患者本人 代理人 (代理人の場合 ^{ふりがな} 氏名 _____)

■患者名 ^{ふりがな} _____ (性別 男 女)

■生年月日 _____年 _____月 _____日(_____歳) ■住所 _____

■身長 _____cm ■体重 _____kg _____

■生存配偶者 有 無 ■子ども 有 無 ■電話/FAX _____

■タバコ 吸う 吸わない _____年前にやめた ■携帯①(本人) _____

■付き添い _____人(変更のご連絡は不要です) ■携帯②(代理、付添い) _____

要点をご記入下さい。内容の変更は当日伺います。病院の診療情報は当日お持ち下さい。

1. 過去に経験した重大な病気
2. 現在問題となっている病気(がん)の病名、進行度
3. これまでの経過(症状、受けた検査、治療法など)
4. 受診している病院名と、勧められている治療法
5. 近藤誠に聞きたいこと(3つ以上。書ききれない場合は別紙をお願いします)
6. 希望すること、愚痴、大切なこと、生きがいなど
7. 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?