

# 広島がん高精度放射線治療センター がん相談外来申込書

【本人記載用】

あらかじめ定められた金額を支払うこと及び私の主治医あての報告書が作成されることに同意の上、がん相談外来を申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

申込日： 令和 年 月 日 申込者氏名： \_\_\_\_\_ 印

患者	フリガナ 氏名（性別）				（ 男 ・ 女 ）
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 才）			
	住 所	〒 _____			
	電話番号	（ ） _____	FAX	（ ） _____	
	携帯電話	_____			
相談者  ※ご本人の場合、記載不要です。	フリガナ 氏 名				患者との続柄
	住 所	〒 _____			
	電話番号	（ ） _____	FAX	（ ） _____	
	携帯電話	_____			
来院予定者		人			
現在のかかっている 医療機関名と主治医名		医療機関名：			
		診療科名：		主治医： _____ 先生	
現在の状態		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
疾 患 名					
相談の時間		<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分～1時間			
相談の内容		（差し支えなければご記入下さい。また、欄が足りない場合は別紙にご記入下さい。）			

\*ご記入いただいた個人情報は、がん相談の提供に利用するものであり、この目的以外には使いません。

-----  
**【広島がん高精度放射線治療センター記載欄】**

受付年月日	令和 年 月 日	受付番号	
担当診療科		担当医師	
相談日時	令和 年 月 日	備 考	
	時 分～時 分 30分・60分		
相談場所			