

**相談票**  HP ( 年 月 日記入) **受付窓口 (きぼうの杜クリニック) FAX 022-277-6034**

がん無料電話相談は、がん疾患に対して何でも、気軽に相談できるよう開設しました。

本相談票に記入してお送り頂ければ、相談希望日時に医師や医学博士から直接お電話が入ります。

無料です。時間をかけてしっかりとお答えします。

相談希望日は、申込日から3日目以降をご指定ください。また、土曜、日曜、祝日は避けてください。

フリガナ	T・S・H	年	月	日生	歳
<b>患者様のお名前</b>	男性・女性				
フリガナ					
<b>相談者のお名前</b>	続柄 ( )				
相談希望日時 (平日午前9時～午後4時半の間、30分単位)					
_____月_____日		午前・午後	_____時_____分		
ご住所 〒	-				
TEL	-	-	携帯	-	-
E-mail					

**1) 現病歴**

どの部位のがんですか？

がんの部位 ( ) ステージ ( ) ( 年 月頃発症 )

現在通院中の病院名 ( 病院 )

がん治療を受けたことがありますか？

手術 化学療法 放射線治療 先進的治療 (免疫細胞療法・陽子線治療など)

**2) がんの転移はありますか？**

転移の有無 無 有 転移した部位 ( )

**3) こちらの相談センターをどのようにお知りになりましたか？**

紹介：知人/医療機関/団体 インターネット セミナー/講演会 その他

**4) 特に相談したいことはありますか？**

紹介コード