

大阪医科大学 関西BNCT共同医療センター
BNCTセカンドオピニオン受診申込書（頭頸部癌用）

FAX (072) 684-5730 連絡先【直通】TEL (072) 684-7121

受付時間 平日／9:00～16:30 土曜日／9:00～12:00（正午）※第2・4土曜日は休診

※この申込書は頭頸部癌専用です。他の疾患には使用できません

年 月 日

患者情報	フリガナ		旧姓	男・女	大阪医科大学附属病院 受診歴 ID No
	氏名				
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)			
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)		(携帯)	
	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他			
	患者状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院（来院方法をご記入ください）			

予約情報	相談日	直近2週間以内月～金、9～17時でご都合の悪い日・時間をご記入ください
	相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 計 名
	特記事項	相談における希望内容・事項

診断情報	診断名	病理学的診断：
	TNM分類他	T N M 単発・複数 () Stage：I II III IV 不明
	がん治療歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> IVR、 <input type="checkbox"/> その他）
	カンサーボード	<input type="checkbox"/> 実施あり <input type="checkbox"/> 実施なし
	合併症	

医療機関情報	医療機関名	(〒 -)
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	担当科・医師名	科 先生
	医師 E-mail アドレス	@
取次部署・担当者名		

※病状の確認等、ご担当医師に E-mail で直接連絡を取らせていただく場合がございます。

以下の5項目を必ず患者さまにご説明いただき、確認の上☑してください

- 診察ではなく、専門医としての意見の提供のみ 1時間 20,000円(税別)
 患者の同意有 告知済み
 医師の指名の有無

貴院確認者 所属 氏名