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 | □独歩　　□車いす　　□ストレッチャー　　□その他 |
| 患 者 状 況 | □外来　　□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 | □本人　　□家族　　□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 | □なし　□あり（□手術　□化学療法　□放射線療法　□ＩＶＲ、□その他） |
| ｷｬﾝｻｰﾎﾞｰﾄﾞ | □実施あり　　　□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