



FAX 予約申込用紙 送信先：078-304-7782

神戸低侵襲がん医療センター 地域医療連携室

【目的・希望科】

【 紹介目的 】		
<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> 薬物療法（抗がん薬治療）	<input type="checkbox"/> IVR（CVポート留置含む）
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> その他（ ）
【希望診療科】		
<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科、呼吸器腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

【貴施設情報】

名 称：
住 所：〒
電話番号：
FAX 番号：
担当者名：

【患者情報】

氏 名	ふりがな
	(性別：男性・女性)
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日()歳
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー

※紹介状(診療情報提供書)を後から FAX してください。

【予約希望日】希望日あればご記入ください。なければ原則最短日でお取りします。

予約希望日①： 年 月 日 ()

予約希望日②： 年 月 日 ()

※ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。