

樹状細胞ワクチン療法に関する医療相談 申込書

樹状細胞療法をお知りになった経緯 (□にレをつけてください)	☐ TV・新聞・雑誌等 ☐ 主治医からの紹介 ☐ 知人の紹介 ☐ その他 ()
記入されたのはご本人様ですか	はい いいえ (代理人の方のお名前:)
ご本人様は了承済みですか	はい いいえ
本院に受診した事がございますか ある場合は、診察券番号もお願い 致します。	はい (診察券番号:) いいえ
ご本人様の氏名 (フリガナ)・性別	フリガナ _____様 (男 ・ 女)
ご本人様の生年月日 (年齢)	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご本人様のご住所	郵便番号 (-)
ご本人様のご連絡先	電話番号 () 携帯番号 ()
疾患名	# 1 # 2 # 3
こちらから御連絡を差し上げてもよい御連絡先(ご本人様以外でお願いします。)	御連絡先のお名前 (フリガナ): 続柄: _____ 電話番号 () 携帯番号 ()
主治医の医療機関名 診療科 医師名	()病院・診療所・クリニック ()科 ()先生
現在の病状 (□にレをつけてください)	☐ 通院は可能ですか ☐ ご家族の支援は受けられますか ☐ 現在入院中ですか
以前に手術されましたか	ない ある () ※手術内容・部位, 日時, 病院など
相談に来院される方	・ご本人のみ ・ご本人とご家族 ・ご家族のみ (お名前: 続柄:) (ご家族のみの場合は、必ずご本人様からの、相談委託同意書のご提出お願い致します。)

樹状細胞療法に関する医療相談申込書類在中 と明記して、相談申込書と主治医の先生からご準備して頂いた資料を合わせてご郵送下さい。

【郵送先】: 〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学 1-1 金沢医科大学病院 地域医療連携室宛