

陽子線治療に関するお問い合わせ

北海道大学病院 がん相談支援室 宛

〒060-8648 札幌市北区北 14 条西 5 丁目 **FAX : 011-706-7945**

陽子線治療に関するご質問は下記の項目にご記入の上、FAX または郵送でお送りください。

医師が拝見し、数日程度でご返答させていただきますが、回答にはお時間を要する場合もあることをあらかじめご了承ください。なお、お問合せの受け付けは、患者さんご本人または患者さんより了解を得ているご家族からのみとさせていただきます。すべての項目にご記入（又はチェック）願います。未記入部分がある場合、ご返答できないことがございますので、ご了承ください。

1. 診断されている病名を教えてください

()

2. 転移はありますか

はい ・ いいえ

「はい」の場合、どの部位・臓器ですか()

3. 過去に放射線治療を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の場合、どの部位ですか()

4. 現在行っている治療はありますか

はい ・ いいえ

「はい」の場合、治療内容をわかる範囲でお書きください
()

5. 患者さんの性別と年齢をご記入ください

性別： 男 ・ 女 / 年齢： 歳

ご質問事項を、ご記入ください。

【お返事の送り先を下記にご記入ください ご記入年月日／平成 年 月 日】

お名前： (フリガナ)

患者さんご本人

了解を得たご家族

(続柄：)

住所：

電話：

FAX:

* 陽子線治療を担当する放射線治療科の受診には、かかりつけ医からの紹介状、資料と予約申し込みが必要です。担当の先生にご相談ください。