

**小児脳腫瘍個別医療相談申込書(広島県福山市)**

\* 太枠内をご記入いただき、**2013年6月末日まで**にお申込みください。

会員 ・ 非会員		住所	〒
氏名			
患児名(ふりがな)		性別	男 ・ 女
ご連絡先電話番号			
E-Mail			
診断名(例: 髄芽腫)		部位(例: 下垂体)	
病院名・診療科			
発症時年齢		現在の年齢	
現在の状況(何れかに○をつけてください)	1. 治療中    2. 予後観察中    3. 治癒    4. 亡		
今までの経過を簡単にお書きください。(治療内容、薬剤の種類、放射線治療の有無、手術の状況など)			
今回、ご相談されたいことをお書きください。			
これまでに当会主催の個別医療相談を受けましたことがありますか	無 / 有 (時期: )		
午後の時間帯でご希望の時間帯がありましたらご記入ください	午後                  時頃		

今回頂いた個人情報に関しては、個別医療相談の資料として活用させていただき、それ以外の目的では一切使用いたしません。