

送信先：神奈川県立がんセンター がん相談支援センター（重粒子線治療受付）  
FAX：045-520-2215

\*この書類には個人情報が含まれていますので、送信先のFAX番号をお間違えにならないよう十分にご注意ください。

## 重粒子線治療 相談申し込み書

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介元医師名 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別 男性・女性 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

先進医療となっても治療をご希望されますか はい いいえ \_\_\_\_\_

※現在当院で行っている治療部位は、以下のホームページをご確認ください。

<http://kcch.kanagawa-pho.jp/i-rock/medical/disease.html>

貴院あてにFAXでお返事をさせていただきますので、送信先についてご記入ください

FAX番号 \_\_\_\_\_

送信先部署 \_\_\_\_\_

ご担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

\*送信の際は、診療情報提供書をあわせてFAXしてくださるようお願いします。

\*検討した上で、翌日以降にFAXでお返事いたします。

箇所

問い合わせ先 電話 045-520-2225 (直通)

(電話受付時間 平日 9:00~16:00) 2025年3月改訂