|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | （西暦）　　　　年　　月　　日 |
| 患者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者氏名 |  | 所属施設・部署 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | |

以下の内容について、可能な範囲で記載いただきますようよろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| がんゲノム外来に紹介になった経緯  がんゲノム医療に対する患者・家族の期待や認識 | 病状・今後の治療方針についての患者・家族の  認識 |
|  |  |
| 患者・家族が療養生活で大切にしていること  今後の療養生活の希望 | 家族背景・キーパーソンなど |
|  |  |
| 最近の体調、症状、ADL、生活の様子など | その他 |
|  |  |

姫路赤十字病院　がん診療連携課　郵送送付先：地域連携室（FAX：079-299-5519）