

## UMSオンコロジークリニックでのセカンドオピニオンをご希望の皆さまへ

以下の内容にご記載頂き「郵便書留」にてご送付ください。

- 1) 当施設で治療された患者様のアンケート、手記などをご覧になりたい方は口にチェックを入れてください。  
・アンケート、手記の閲覧を希望します。□

- 2) 治療を希望される方のお名前：(ふりがな)

ふりがな：( )

- 3) 性別： 男性 ・ 女性

- 4) 生年月日： 大正・昭和・平成 年      月      日 (満      才)

- 5) ご住所：

郵便番号

ご住所

アパート・マンション・建物名、部屋番号

- 6) お電話番号：ご自宅

携帯電話番号（ご相談及びセカンドオピニオン当日のご連絡用にご記入ください。）

- 7) メールアドレス：

- 8) ご病名：

9) これまでの経過：(書ききれない場合は別紙に追記し添付ください。)

10) 現在の体調と日常生活での自立度や介護の必要性：(書ききれない場合は別紙に追記し添付ください。)

## ◆ご用意頂くもの

### その1 申込書の受領をお伝えするための郵便葉書

※葉書の表面には、必ずご自身の住所・氏名をご明記ください。

### その2 返信用封筒

UMSオンコロジークリニックでお申込み内容を確認させて頂いた後、ご相談の可否についてのご返答を郵送させていただく際に必要です。

※返信用封筒の表面に ご自身の住所、氏名を明記の上、切手を貼った上でご同封ください。

### ◇ご注意ください！

お申込みの時点でCTやMRIやPET-CTなどの画像は、一切、拝見致しません。同封なさないでください。

◇返信用はがき、封筒は必ずご同封くださいますようお願いいたします。

返信用はがき、返信用封筒が同封されていない場合は、お申込み受領のお返事やご相談可否のお返事は届きません。

どうぞお忘れないようにご同封ください。

## 送付先

必ず、書留郵便で。

〒892-0841

鹿児島市照国町13-37-4F UMSオンコロジークリニック宛まで

・別紙（これまでの経過）（ご相談者のお名前： ）

・別紙（現在の体調と日常生活での自立度や介護の必要性）（ご相談者のお名前： ）