

## ガンマナイフ患者情報シート

名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 (男・女)

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

病名 (できるだけ正確に)： \_\_\_\_\_

下記いずれかに○をつけてください

MRI (半年以内)：あり・なし      紹介状：あり・なし

過去にガンマナイフの治療もしくは説明を受けたこと：あり・なし

受診理由： 下記の番号に○をつけてください

1. ガンマナイフの説明を聞きたい
2. ガンマナイフを受けたい
3. ガンマナイフの適応とすでに診断されている
4. ガンマナイフ治療を急いでいる
5. その他： \_\_\_\_\_

コメント・要望など： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。 林 基弘