がん薬物療法相談用FAX用紙

施設名【　　　　　　　　　　　　　　　】　　記入者【　　　　　　　　　　　　　】

連絡先【電話：　　　　　　　　　　　　】　【FAX：　　　　　　　　　　　　　　】

（後日、詳細を問い合わせることがございます。）

・相談内容は以下のどれに該当しますか？（いずれかにチェック）

□　化学療法レジメン（抗がん剤、輸液、支持療法薬）に関すること

□　化学療法のスケジュールや投与量に関すること

□　抗がん剤の調製方法

□　患者への指導方法

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・相談内容の詳細をご記入ください。

・その他、ご意見またはご質問などありましたら自由にご記入下さい。

FAX送信先：

大分医療センター　地域連携センター

097-528-9651

（番号をお間違えないようご協力をお願い致します）