神奈川県臨床整形外科医会骨軟部腫瘍メール相談窓口　相談用紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談日時 | 年　 　月　 　日　 　時　　分 | | 相談者氏名 |  |
| 相談者医療機関 | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例患者年齢・性 | 歳　　　　　男　　　女 |
| 現病歴 | |
| 既往歴・その他特記すべきこと | |
| キー画像添付欄（カラーフォト、X線像、CT像、MRI像等） | |