以下に追記してご使用ください

［ご相談元］

ご施設名、ご科名：

先生のご氏名：

【患者情報】

年齢、性別：

傷病名：

TNM分類：

簡単な病歴：

キースライスを含む画像：

（匿名化お願いいたします）

（Zipファイルやパワーポイントファイル等で別にアップロードいただくことも可能です）