

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：

ケ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)