放射線治療申込書(兼)診療情報提供書

＊ 申込日　　年　　月　　日

済生会中和病院　TEL:0744－43－5001(代)
地域連携室　行　FAX:0744－43－6625

＊マークのついた太字の項目は必ずご記入お願いします。

紹介元情報

＊医療機関名		**＊医師氏名**	科
＊住所	〒　　－		
＊電話番号		**＊FAX番号**	

＊診療希望日	第1希望(　　月　　日)	第2希望(　　月　　日)

患者情報

＊ フリガナ		**＊性別　(男 ・ 女)**	**＊年齢　　歳**
＊患者氏名		**＊明・大・昭・平　　年　　月　　日**	

＊病名	

病理組織 _____

病期(UICC)　T_____　N_____　M_____　Stage_____

＊治療部位	

治療目的　☐根治目的 ☐緩和目的 ☐予防目的 ☐術後照射 ☐術前照射 ☐その他

過去の治療
- 化学療法 ☐ あり ☐ なし　内容
- 手術療法 ☐ あり ☐ なし　術式
- 放射線治療 ☐ あり ☐ なし　部位
- 照射線量 _____Gy

既往歴 _____

重複癌　☐あり　☐なし　病名 _____

＊患者説明	**☐全告知 ☐病名のみ ☐未告知**
＊告知内容	

＊依頼内容

2013.10

＊「依頼内容」については診療情報提供書(紹介状)を代用して頂いても構いません。

済生会中和病院　地域連携室　FAX番号　0744－43－6625（直通）