

医療機関⇒荘内病院

荘内病院 放射線治療科 (機器共同利用) 依頼書 (FAX用) 平成 年 月 日

※化学療法・外来通院困難など、入院が必要になる可能性がある場合は、当該科に紹介いただく場合があります。

医療機関名 _____

医師名 _____

当院ID番号 _____

電話 _____ FAX _____

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏名	フリガナ _____ 様	男 女	生年月日 _____年 ____月 ____日	明・大・昭・平 ____年 ____月 ____日(____才)
住所	〒 _____ (電話 _____)			
臨床診断	_____			
病理分類	_____			
病期分類	T _____ N _____ M _____	Stage	_____	
N部位	_____	M部位	_____	
患者への告知	病名通り	部位告知	未告知	その他 (_____)
説明内容	_____			
原疾患手術歴(既往または予定)	無 ・ 有⇒資料添付お願いします。			
化学療法(既往または予定)	無 ・ 有⇒開始日及び化療内容			
放射線治療歴	無 ・ 有⇒資料添付お願いします。			
<p>※放射線治療に関し該当するものに○をつけてください。(②・③の場合は相談させていただきます。)</p> <p>①入院の必要なし ②状況により入院になる場合 ③当院へ入院が必要な場合</p> <p>方法や日時を決定する上で重要ですので、患者様の症状や検査データ、治療目的などを必ず下の欄にご記入ください。 診療情報提供書は当日に患者さんにご持参させてください。また、患者様の了解を得た上で必要に応じて造影剤を使用する予定ですが、造影剤の使用を希望されない場合はあわせてご記入ください。</p> <p>【ご紹介内容】</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

*ご依頼医療機関様からFAX受理后、当院から予約票をFAXしますので患者さんにお渡しください。

*当院が初めての場合は、カルテをお作りする都合上、時間がかかる場合があります。ご了承ください。

※紹介予約日 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分 地域医療連携室で記入