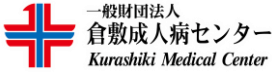


患者様のプライバシー保護に
ご配慮願います。

診療情報提供書 (紹介状)



放射線治療

年 月 日

放射線治療科 矢原 勝哉 先生

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名 _____ 印 _____ TEL _____
FAX _____

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名 (旧姓:)		男・女	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
			当院受診歴 有・無・不明 (カルテNo.)
住 所 〒	電話番号 () -		

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 (完全自立・要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
放射線治療目的	<input type="checkbox"/> 根治照射 <input type="checkbox"/> 術前照射 <input type="checkbox"/> 術後照射 <input type="checkbox"/> 緩和照射 <input type="checkbox"/> 再照射
臨床診断	
病理・組織診断	
臨床病期	(c・p) T N M N部位: M部位:
臨床経過及び 依頼事項	※記入スペースが足りない場合は別紙を添付してください。
患者への説明内容	告知 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知 ※必ず記入ください 病名 () 放射線治療 () key person ()
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ※合併症がある場合は記入ください

診察希望日	【第1診察希望日】 月 日 () 午前・午後
	【第2診察希望日】 月 日 () 午前・午後

患者総合支援課 地域連携/受付時間
◆受付時間……平日：午前8時30分～午後6時30分
◆休診日……土曜日・日曜日・祝日 年末年始(12/30～1/3)

◎患者総合支援課 地域連携…直通TEL：086-422-2116 FAX：086-422-2168