

FAX:022-259-1311 (放射線科直通)

放射線科 放射線治療予約申込書

申込日 (FAX 送信日)

____年 ____月 ____日



放射線科 行

TEL: 022-259-1221 (代表)

紹介元医療機関

医療機関名 _____

住 所 _____

診療科・医師名 _____

電 話 番 号 _____

F A X 番 号 _____

受付時間

(担当: _____)

平日 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)

8:30~17:00 (17:00以降のFAX受信は翌診療日受付になります。)

※この予約申し込みは外来通院での放射線治療であり、入院を希望される場合は該当する診療科へご紹介ください。

フリガナ									
患者氏名		旧姓	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年	<input type="checkbox"/> 昭和 月	<input type="checkbox"/> 平成 日	<input type="checkbox"/> 令和 歳	
住 所	〒 _____			TEL	自宅				
					携帯				

傷病名 および 紹介目的	<input type="checkbox"/> 別添 診療情報提供書のとおり									
	※根治照射・緩和照射・予防照射・照射可否の判断依頼等、概略をご記入ください									
照射歴	(_____ 年 _____ 月 頃)									
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	照射部位 (_____)							
受診 希望日	第1: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) <input type="checkbox"/> 希望日なし									
	第2: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 (_____)									
	※希望日がない場合は、最短の日時で予約いたします。									
当院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診療科 (_____)									
患者の 状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 (_____)									
ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無					<input type="checkbox"/> 有 (部位: _____ 手術年: _____ 年)	
義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	インスリンポンプ・ 持続グルコース測定器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		

※放射線治療予約申込書・診療情報提供書の原本、お薬手帳、健康保険証等は、当院受診当日にお持ちください。