

紹介状 [診療情報提供書(放射線治療依頼用)] 令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

放射線治療科 担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地： ※改行は「Altキー + Enterキー」

予約希望日 第1希望 月 日 () 時頃

毎週金曜日 午前のみ 第2希望 月 日 () 時頃

担当医師名： 科 印

電話番号： () -

FAX番号： () -

フリガナ		旧姓		性別	生年月日
患者氏名		受診歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳

住所 〒 -

自宅 () - 連絡先 () -

主 保 険	保険者番号	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族	併用 保 険	負担者番号	
	記号	番号		受給者番号	

来院方法 独歩 車いす ストレッチャー その他特記事項 ()

患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて 承諾する 不承諾
不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。

放射線治療に際し、該当する箇所にチェックをお願いします。
 外来通院 貴院入院中に当院への外来放射線治療希望
 ※北播磨総合医療センターでの入院放射線治療をご希望の場合は、がん種・原発部位・病状に応じて各診療科にご紹介をお願いします。

臨床診断		本人への告知 <input type="radio"/> 告知済 <input type="radio"/> 未告知 未告知の場合の患者さんへの説明内容
病理組織診断		
放射線治療予定部位		

既往治療歴 原疾患手術・化学療法、放射線治療 有 無 ※内容記載、もしくは資料添付をお願いします。

合併症 有 無 ※内容記載、もしくは資料添付をお願いします。

臨床経過とご依頼内容
※改行は「Altキー + Enterキー」

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

添付資料 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 CT・MRI画像 ()

北播磨総合医療センター 〒675-1392 兵庫県小野市市場町926-250 代表TEL 0794-88-8800
 地域医療連携室 FAX番号 (0794) 62-9911