

# 紹介状 (診療情報提供書・放射線治療用)

平成 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

予約希望日

第1希望 月 日 ( ) 時頃

第2希望 月 日 ( ) 時頃

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

フリガナ		旧姓		性別		患者さん予約待ち状況
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"/> 当院外来にて待機中 <input type="radio"/> 当院入院中 <input type="radio"/> 帰宅の後、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ( )
生年月日	<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	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車いす <input type="radio"/> 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 (直接予約日変更時でも下記予約受付時間での対応となります)			<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> 外来通院 ※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、 <input type="radio"/> 貴院入院中に当院への外来放射線治療希望 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	
病理組織診断					未告知の場合の患者さんへの説明内容	
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 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※内容記載、もしくは資料添付をお願いします。					
合併症	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 ( )

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)