

大阪鉄道病院（放射線治療予約依頼書）

紹介元医療機関情報		平成 年 月 日
住 所		大阪鉄道病院 地域医療連携室 TEL: (06) 6628-2242 FAX: (06) 6628-4707
医療機関名		
紹介医師名 先生		
電話番号 ()		
FAX ()		

フリガナ		男	生	明 大 昭 平		
患者氏名	様	・	年	年	月	日
		女	月		満	歳
住 所	(〒 -)	電話番号 ()				

大阪鉄道病院受診歴		負担割合 () 割					
<input type="checkbox"/> あり 診察券番号		一部負担金助成 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)					
<input type="checkbox"/> なし							
保険者番号							
記号・番号							
続 柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	公費負担番号					
		受給者番号					

主病名・合併疾患
紹介目的（必ずご記入ください。）

照射希望部位	※該当箇所をチェック
手術日	【治療目的】
術式	<input type="checkbox"/> 根 治 <input type="checkbox"/> 準根治
領域 A B C D E	<input type="checkbox"/> 緩 和 <input type="checkbox"/> 再照射
TNM分類	【告 知】
ブーストの有無 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
放射線治療歴	【移動方法】
有 ・ 有の場合	<input type="checkbox"/> 歩行可
無	<input type="checkbox"/> 歩行可（要介助）
治療病院名	<input type="checkbox"/> 車椅子
治療部位名	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
治療時期	【ペースメーカー】
膠原病／間質性肺炎 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他特記事項	

★治療当日に病理診断書のコピー・術前の画像データを持参していただきますようお願いいたします。

予約希望日	
<input type="checkbox"/> 指定なし	第一希望 年 月 日
<input type="checkbox"/> 指定あり	第二希望 年 月 日
	第三希望 年 月 日
	希望が通らない時 曜日希望

★治療実施時間は、患者さんの希望に添えない場合があります。ご了承下さい。