

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		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
続 柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族		

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	※該当箇所にチェック 【治療目的】 <input type="checkbox"/> 根 治 <input type="checkbox"/> 準根治 <input type="checkbox"/> 緩 和 <input type="checkbox"/> 再照射 【告 知】 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 【移動方法】 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行可（要介助） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 【ペースメーカー】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
手 術 日		
術 式		
領 域 A B C D E		
TNM分類		
ブーストの有無 有 ・ 無		
放射線治療歴		有 ・ 有の場合 } 治療病院名 無 } 治療部位名 治療時期
膠原病/間質性肺炎 有 ・ 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。	