

新規・No.	—	—
最終来院日	年	月 日

* 当院記入欄

温熱療療法(ハイパ-サーミア) 診療情報提供書

20 年 月 日

医療法人 信和会

明和がんセンタークリニック

紹介状送付先【TEL・FAX】(0798)47-1816 直通

放射線治療科 担当 医師	【医療機関名】
【第1希望日】 月 日 ()	【所在地】
【第2希望日】 月 日 ()	【医師名】
* 第2希望日以降は異なる曜日で複数の希望日をご記入ください	【TEL】 () -
	【FAX】 () -

フリガナ

患者氏名 様 (男・女)

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 歳

住所 〒

TEL () - 携帯 () -

悪性腫瘍診断名

病理・組織診断

TNM分類 (c・p) T N M N部位: M部位:

臨床経過

別紙参照

患者情報	体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名告知 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	排尿介助 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
	高温・長時間入浴で意識喪失経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	併用している治療・経過 <input type="checkbox"/> 外科手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> その他()	

保険者番号	公費負担番号
記号・番号	公費受給者番号
本人・家族 本人 ・ 家族	負担割合 0割 1割 2割 3割
負担割合 0割 1割 2割 3割	有効期限 年 月 日
有効期限 年 月 日	外来負担金 円/日まで(月 回)