

新規・No.	—	—
最終来院日	年	月 日

* 当院記入欄

放射線治療 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 () -	
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 (完全自立・要介助) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
放射線治療目的	<input type="checkbox"/> 根治治療 <input type="checkbox"/> 術前照射 <input type="checkbox"/> 術後照射 <input type="checkbox"/> 緩和照射 <input type="checkbox"/> 再照射		
臨床診断			
病理・組織診断			
臨床病期	(c・p) T N M		N部位: M部位:
臨床経過 及び 依頼事項	<input type="checkbox"/> 別紙参照		
患者への説明内容	告知 <input type="checkbox"/> 告知済み <input type="checkbox"/> 未告知 ←必ずご記入ください 病名 () 放射線治療 () Keyperson ()		
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () * 合併症がある場合ご記入ください		

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)