

放射線治療依頼用 診療情報提供書

平成 年 月 日

社会医療法人鴻仁会
岡山中央病院 放射線がん治療センター行
〒700-0017 岡山市北区伊島北町 6-3 地域支援相談室



FAX:086-252-3929



TEL:086-252-5002 (直通)

紹介元
医療機関名

診療科

TEL

主治医氏名

印

ふりがな 患者氏名 様	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 年号 年 月 日 (歳)
住所 〒	TEL ()	受診希望日 第1希望 月 日
移動方法 歩行可(<input type="checkbox"/> 完全自立・ <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		第2希望 月 日

●放射線治療に際し該当する番号に☑を付けてください(③④の場合は相談させていただきます)

- ①外来通院 ②貴院入院中に当院への外来放射線治療希望
 ③当院の入院治療希望 ④状況により当院入院の可能性あり

臨床診断	本人への告知 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 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
臨床病期 T N M stage	
N 部位	M 部位

既往治療歴 ※内容記載、もしくは資料添付お願い致します。

原疾患手術・化学療法・放射線治療 有 無

合併症 ※内容記載をお願い致します。

有 無

臨床経過とご依頼内容