

放射線治療依頼用 予約申込書

西暦 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	性 別	生年月日
患者氏名 様	男性 女性	大正 昭和 平成 令和 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 (完全自立・ 要介助) 車椅子 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貴院入院中に岡山中央病院への外来放射線治療希望
③岡山中央病院の入院治療希望 ④状況により岡山中央病院入院の可能性あり

臨床診断	本人への告知 告知済 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、もしくは資料添付をお願い致します。 原疾患手術・化学療法・放射線治療 無 有↓
合併症 ※内容記載をお願い致します。 無 有→
臨床経過とご依頼内容

※受診日当日に、①予約申込書 ②診療情報提供書 ③画像データ(CD-R) ④おくすり手帳など
処方情報の分かる資料をご持参ください。