

診療情報提供書（放射線治療用）

- ・予約の際は、地域医療連携センターTEL 0745-53-7188(直通) にご連絡ください。
- ・診療情報提供書につきましては、事前に大和高田市立病院まで1部FAXの送信をお願い致します。
- ・診療情報提供書の原本は患者さまにお渡し頂き、診察当日に「地域医療連携センター」にご提示いただけますようにお伝えください。

FAX 0745-52-4428

大和高田市立病院 地域医療連携センター 行

性別		年齢	紹介医療機関名	
男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	()歳	診療科	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来
移動方法			主治医	
<input type="checkbox"/> 歩行可(完全自立・要介助)			TEL	FAX
<input type="checkbox"/> 車椅子			告知	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知
<input type="checkbox"/> ストレッチャー			未告知の場合患者への説明	

既往治療：（放射線治療、手術、化学療法の既往歴）

合併症： 無 有 （合併症がある場合のみ記入してください。）

臨床経過

臨床診断： _____ 診断確定日： _____ 入院治療 希望

臨床病期： T N M Stage： _____

組織診断： _____ 照射部位： _____

放射線治療目的： 根治照射 ・ 術前照射 ・ 術後照射 ・ 緩和照射 ・ 再照射