

放射線治療依頼用 診療情報提供書

令和 年 月 日

川崎医科大学総合医療センター 地域医療連携室
〒700-8505 岡山市北区中山下2-6-1

 **FAX:086-221-1101**

 **TEL:086-225-2111(代表)**

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 T・S・H・R 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
病期組織診断	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

臨床経過等 (手術歴等がありましたらご記入願います。)(臨床経過、血液データについては貴院書式を添付いただいても結構です。)