

# 紹介状 (診療情報提供書・放射線治療用)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

放射線治療科 担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

受診希望日	第1	令和	年	月	日 ( )
	第2	令和	年	月	日 ( )
	その他				

担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関に入院中	
生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和			<input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち	
	年 月 日 歳			<input type="radio"/> その他 ( )	
住所	〒 -				
自宅	( ) -	連絡先	( ) -	患者さん来院方法	
				<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ストレッチャー	

紹介目的	放射線治療	患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時でも下記予約受付時間での対応となります)	
		<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。

放射線治療に際し、該当する箇所にチェックをお願いします。

外来通院  貴院入院中に当院への外来放射線治療希望

※北播磨総合医療センターでの入院放射線治療をご希望の場合は、がん種・原発部位・病状に応じて各診療科にご紹介をお願いします。

臨床診断		本人への告知
病理組織診断		<input type="radio"/> 告知済 <input type="radio"/> 未告知
放射線治療予定部位		未告知の場合の患者さんへの説明内容

既往治療歴 原疾患手術・化学療法、放射線治療  有  無 ※内容記載、もしくは資料添付をお願いします。

合併症  有  無 ※内容記載、もしくは資料添付をお願いします。

臨床経過とご依頼内容 ※改行は「Altキー + Enterキー」

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

添付資料  無  X-P  ECG  内視鏡フィルム  検査データ  超音波画像  CT・MRI画像

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)