

## 予約申込書(放射線治療用)

下記の方を紹介します。※1 この用紙の他、診療情報提供書をお送りください。

紹介元医療機関名 (i依頼医師名)	TEL( ) FAX( )		
フリガナ		男	生年月日
患者氏名	様	女	大正 昭和 平成 令和
			年 月 日
患者連絡先電話番号	※携帯等直接連絡の取れる番号を優先して記載してください。		

予約日時は患者さんと直接調整し、貴院へご連絡します。予約希望日があれば記載してください。

第一希望

第二希望

月 日( ) 月 日( )  いつでも可 その他:

紹介目的	放射線治療
治療前情報 など	・放射線治療歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 治療歴データあり※2 <input type="checkbox"/> 治療歴データなし ・家族の付き添い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・既往歴 ・内服薬 〈お薬手帳持参〉
その他 依頼事項など	

※1 入院での治療を希望される場合、放射線治療科での入院は行っていないため、別途、入院科への紹介依頼が必要になります。

※2 放射線治療歴のある場合、治療歴データ(紙及びDICOMデータ)を事前にご送付ください。また、この原本を患者さんにお渡しいただき、当日持参するようお伝え下さい。

※3 原則、紹介元の通院も継続して行って頂きます。

FAX (0562)33-0010

TEL (0562)33-9858

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携部門 直通

(令和5年9月版)