放射線治療診療予約お申込み手順

患者さんをご紹介いただく場合、お申し込みについては下記の要領でお願いいたします。

ご紹介医

❶FAXにてお申し込み

「放射線治療診療申込書（FAX用）」にご記入いただき
「診療情報提供書（主担当診療科、放射線科）」とともにFAXしてください。
※外来治療（通院）の場合、放射線治療のみの予約はできません。
　主担当診療科をご明記ください。
※主担当診療科と放射線科の診察日は別日になることがあります。
※入院加療を伴う症例の場合、「診療・検査・開放型病床利用申込書」
　を用い各診療科へご紹介ください。

京都府立医科大学附属北部医療センター
地域医療連携室

予約受付時間

月～金曜日（祝日・年末年始除く）
午前9：00－午後5：00

予約連絡先

FAX　0772-46-5121
TEL　0772-46-6665

※FAXは24時間受信しておりますが、
受付時間終了後に受信しました
お申し込みにつきましては、翌業
務日の受付開始後の対応となり
ますので、ご了承ください。

❷「診察予約票」をFAXにて返信します

診察日を決定し、1時間以内に下記書類を返信します。
①診察予約票
②放射線治療の診察を受けられる皆さんへ（他院用）
③放射線治療の診察を受けられる皆さんへ（問診票）
④地図

❸患者さんへお渡しください

「当センターからお送りした書類（①～④）」

❹予約日確定後、放射線治療の可否決定等のため、下記のものを地域医療連携室宛にご郵送ください

※予約日の前日必着でお願いします（土・日・祝日・年末年始を除く）

【必ずご郵送いただきたい情報】
□診療情報提供書（主担当診療科、放射線科）
□画像情報（CD－R等）および読影所見（腫瘍の経時的変化がわかる画像検査データおよび読影所見）
□採血結果（腫瘍マーカーの推移がわかり、かつ直近の尿素窒素・クレアチニンの値がわかるデータ）

【あればご郵送いただきたい情報】
□手術記録および病理所見コピー
□放射線治療に関する情報（照射録・線量分布・関連画像データ：①CT date set ②Structure date set ③Dose date set）
□ペースメーカー手帳のコピー（製造メーカー・型番・シリアル番号のわかる情報）

患者さん

❺患者さん受診

受付窓口にて下記の持ち物を確認後、診察室へご案内します。

《患者さんにお持ちいただくもの》
□本院の診察券（本院で受診歴のある方）
□診察予約票（本状）
□問診票
□印鑑（ご本人のもの）
□健康保険証並びに各種受給者証明書
□当日分の診察料

❻結果通知

検査結果は、後日先生宛てに診療情報提供書を郵送いたします。