|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 医療機関名 |  | | | | | |
| 医師名 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | - |  | - |  | |
| FAX番号 |  | - |  | - |  | |

放射線治療診療申込書（FAX用）

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　宛

FAX　0772-46-5121

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | セイ |  | | | | | | | | | | | | メイ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | 姓 |  | | | | | | | | | | | | 名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | | | | | | | | | |  | | 年 | |  | | | 月 |  | | | | 日 | | |  | | 歳 |
| 受診歴 | なし　　　　　あり | | | | | | | | | | | | | 北部医療センター　ID | | | | | | | |  | | | | | | |
| 患者住所 | 〒 |  | | | - | |  | | | | 都道府県名 | | | | | |  | | | | | | | 都・道・府・県 | | | | |
|  | | | | | 市 ・ 郡 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | - |  | | | | - |  | | | 携帯番号 | | | |  | | | | - |  | | | | - | |  | |

（TEL　0772-46-6665）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介目的 | 放射線治療 | | | セカンドオピニオン（放射線治療） | |
| 主担当診療科名 |  | □消化器内科 　□呼吸器内科　 □外科 　□整形外科　 □産婦人科  □小児科 　□眼科　 □皮膚科 　□泌尿器科 　□耳鼻咽喉科 | |  |
| ※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」を用いて各診療科へご紹介ください | | | | |
| 来院不可日 | 特になし　　午前不可　　午後不可　　※放射線科の診療日は月曜のみです | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者状況 | 外来患者　　　　　　　入院患者（　DPC　：　対象　非対象　）  透析中（施行日：月　火　水　木　金　土）／（透析時間帯：　午前　午後） |
| 歩行状態 | 歩行可　　　　　　　ストレッチャー　 　　　車いす |
| 体内金属 | なし　　　　　　　　　あり　　　　　　　　　　　不明 |
| ペースメーカー | なし　　　　　　　　　あり　　　　　　　　　　　不明 |
| 造影剤アレルギー | なし　　　　　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　不明 |
| その他のｱﾚﾙｷﾞｰ | なし　　　　　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　不明 |

＜初診予約方法＞

　１　「放射線治療診療申込書（FAX用）」にご記入のうえ、「診療情報提供書（主担当診療科・放射線科）」とともに

FAXをお願いします．

　２　予約日確定後、放射線治療の可否決定等のため、下記の物を地域医療連携室宛に郵送ください．

**※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）及び読影所見（腫瘍の経時的変化がわかるもの）

　●　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）

【あれば郵送いただきたい情報】

　〇　手術記録及び病理所見コピー

　〇　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 data set ②Structure data set ③Dose data set）

　〇　ペースメーカー手帳のコピー（製造メーカー・型番・シリアル番号が分かる情報）