

# 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  
 (TEL 0772-46-6665)

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

フリガナ	セイ		メイ			
患者氏名	姓		名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	歳
受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	-	-	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(放射線治療)
	主担当診療科名	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 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	
来院不可日	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 午前不可 <input type="checkbox"/> 午後不可	
※放射線科の診療日は火曜のみです		

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

## <初診予約方法>

- 「放射線治療診療申込書(FAX 用)」にご記入の上、「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。
- 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】

- 手術記録及び病理所見コピー
- 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 data set ②Structure data set ③Dose data set)
- ペースメーカー手帳のコピー(製造メーカー・型番・シリアル番号が分かる情報)