

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。
なお、入院加療をご希望の場合は下記の申し込みは不要です。
「診療・検査・開放型病床利用申込書」を用いて診察予約の申し込みをしてください。

①FAX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。
※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。

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。

②「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

③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)」

④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 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)

⑤患者さん受診

受付窓口にて下記の持ち物を確認いたします。

《患者さんにお持ちいただく物》

- ☐ 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)
- ☐ 健康保険証及び各種受給者証明書
- ☐ 当日分の診察料

⑥結果通知

検査結果については、後日、紹介医宛てに診療情報提供書を郵送いたします。

ご
紹
介
医

患
者
さ
ん