

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	- -
F A X 番 号	- -

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	- -

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火曜日のみです。			

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		
その他のアレルギー	☐ なし ☐ あり () ☐ 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)

【可能であれば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 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)