

放射線治療依頼予約申込書(診療情報提供書)

KIN放射線・健診クリニック

放射線科

放射線治療担当医 宛

〒904-1201

沖縄県国頭郡金武町字金武10897番地

TEL: 098-968-4664

FAX: 098-968-4665

申込日 平成 年 月 日

紹介元医療機関名	
所在地	
TEL	
FAX	
診療科	
担当医氏名	

外来予約日時	平成	年	月	日	時	分
--------	----	---	---	---	---	---

フリガナ		性別	生年月日			
紹介患者氏名		男・女	明・大 昭・平	年	月	日
住所			連絡先	自宅: 携帯:		

病名						
組織型	無・有 組織名()					
病期	分類法	UICC・癌取扱規約・その他()				
	TMN	T	N	M	stage	
治療部位						
臨床経過と治療目的						
照射と併用する治療法						
既往・合併症	・糖尿病(有・無)・膠原病(有・無)・抗血栓薬(有・無)					
現在処方						
放射線治療歴	無・有 内容()					
患者様への告知内容						

* 画像・採血データ・病理レポートがありましたら、紹介状と一緒に患者様にお持ちいただくように手配をお願いします。