

# FAX 専用 乳がん術後放射線治療予約申込書

刀根山病院 地域ネットワークセンター 宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)

06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9:00~19:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承下さい。

●刀根山病院 診察券 (有・無)

ID番号

--	--	--	--	--	--

〒番号：

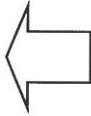
ご住所：

医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

医師名：



●受診希望日等があればご記入ください

--

①呼吸器内科の診察→②放射線科の診察→③照射開始 という流れになります。

初回の受診内容を選択してください。

初回は①②を同日受診希望 (①は午前、②は午後、③は後日になります。) ※初回は必ず木か金曜日になります。

初回は①のみ (②は後日、③はさらにその後日になります。) ※初回は月・水～金の午前に対応可能です。

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・大・昭和・平
氏名				年 月 日
住所	(〒 — )			
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

●以下の項目を全てご記入下されば診療情報提供書は不要です。ただし検査資料(病理所見等)は必ず当日お持ち下さい。

照射内容	<input type="checkbox"/> 術後照射 <input type="checkbox"/> 緩和照射 <input type="checkbox"/> その他 ( )
依頼部位	<input type="checkbox"/> 残存乳房/胸壁 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> その他 ( )
臨床病期	<input type="checkbox"/> 術後病期 ( ) <input type="checkbox"/> 原発巣の左右・領域 ( )
手術日・術式	
手術以外の既治療 (化学療法・ホルモン・日程 等)	
照射期間中の併用療法の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
Boost 照射の要否	<input type="checkbox"/> 要 (箇所: ) <input type="checkbox"/> 否
照射後の治療予定	
その他	