

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ください。

●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。) ※初回は必ず火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～金の午前に対応可能です。

| | | | | |
|------|--|--------|------------------|---------|
| フリガナ | | 男 女 | 生 年 月 日 | 明・大・昭・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くだ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)は必ず当日お持ちください。

| | |
|------------------------------|--|
| 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 | |