

鹿児島医療センター 予約センター

FAX番号 0120-33-4476

\* 予約センター（TEL：0120-68-0704）へ予約申込み後、FAXをお願い致します

## 放射線治療予約申込票（FAX専用）

— 送信元情報 —

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

連絡担当者

送信日 令和 年 月 日

### 【患者情報】

フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所				
電話	— —	鹿児島医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（ 科）
携帯電話	— —	来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
傷病名(主訴) 紹介目的	〈病名〉			
	〈患者説明状況〉 <input type="checkbox"/> 全告知 <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	〈目的〉 <input type="checkbox"/> 根治治療 <input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	〈方法〉 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院			
	★診療情報提供書を添付してください。 ★可能であれば、放射線照射録も添付してください。			
ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（機種： ）			
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）			
放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ 医療機関名： 時期： 月頃 部位： 線量： Gy ）			
受診希望日	第一希望日	令和 年 月 日（ 曜日 ）		
	第二希望日	令和 年 月 日（ 曜日 ）		
	第三希望日	令和 年 月 日（ 曜日 ）		