

診療情報提供書(紹介・予約依頼票)

<input type="checkbox"/> ※セカンドオピニオンの場合は□に✓を入れて下さい		記入年月日 _____年 _____月 _____日	
(ふりがな) 患者氏名 _____様	男 女	生年月日 _____年 _____月 _____日 (_____歳)	
住所	〒 _____		
自宅電話番号	_____		
日中連絡先(携帯)	電話 _____	氏名 _____	続柄 _____
診断名(病理学的診断)	(病理: _____)		
治療部位への治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他		
TNM 分類(転移部位)	T _____ N _____ M _____ Stage _____, 不明		
ペースメーカー(ICD)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒自己ペーシング <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
患者のPS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
現在までの経過			
※診療情報提供書添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合は別紙参照で結構です。			

診療予約希望
当センター医師への連絡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 事前相談有 (医師名: _____) <input type="checkbox"/> 診察希望医有 (医師名: _____)
受診できない日(2週間以内で避けて欲しい日を記載下さい)
主治医への返信は翌日(休日を除く)になります。※翌日までに返信が届いていない場合はお電話にてご連絡下さい。

紹介元医療機関名・所在地
住所 〒 _____
施設名 _____
診療科 _____
医師氏名 _____
TEL _____
FAX _____
e-mail _____

支→医事→支→医師→支

兵庫県立粒子線医療センター附属神戸陽子線センター 患者支援室まで FAX にて診療予約をお願いします。
TEL : 078-335-8001 (代表) FAX : 078-335-8005