診療情報提供書（紹介・予約依頼票）

□ ※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	□手術 □化学療法 □放射線治療 □その他	
TNM 分類（転移部位）	T ＿＿N ＿＿M ＿＿Stage＿＿, 不明	
ペースメーカー（ICD）	□無 □有 ⇒自己ペーシング □有 □無	
患者の PS	□0 □1 □2 □3 □4	

現在までの経過

※診療情報提供書添付 □無 □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 □無 □事前相談有 （医師名： ） □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。※当日のお返事をご希望の場合、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 □紹介状参照
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