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） オンライン診療ご希望の方は、貴院から診察資料の郵送が必要となります。 □オンライン診療を希望する
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