

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 (ふりがな)		男	生年月日	年	月	日
患者氏名		女	(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 ⇒自己ペースング <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	紹介元医療機関名・所在地
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:)	住所
<u>受診できない日</u> (2週間以内で避けて欲しい日を記載下さい)	施設名
<u>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。</u> <input type="checkbox"/> オンライン診療を希望する	診療科
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。	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