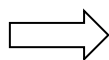


大阪鉄道病院（放射線治療予約依頼書）

紹介元医療機関	
紹介医師名	先生
電話番号	
FAX	

年 月 日



大阪鉄道病院 地域医療連携室	
TEL：（０６）６６２８－２２４２	
FAX：（０６）６６２８－４７０７	

フリガナ		男・女	生年月日	明大昭平	年	月	日
患者氏名	様					満	歳
住所	(〒 -)		電話番号 ()				

大阪鉄道病院受診歴	
☐ あり	診察券番号
☐ なし	
保険者番号	
記号・番号	・
続柄	☐ 本人 ・ ☐ 家族

負担割合 () 割	
一部負担金助成 (☐ 有 ・ ☐ 無)	
公費負担番号	
受給者番号	

主病名・合併疾患
紹介目的（必ずご記入ください。）

照射希望部位	※該当箇所をチェック 【治療目的】 ☐ 根 治 ☐ 準根治 ☐ 緩 和 ☐ 再照射 【告知】 ☐ 済 ☐ 未 【移動方法】 ☐ 歩行可 ☐ 歩行可（要介助） ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー 【ペースメーカー】 ☐ 有 ☐ 無	
手術日		
術式		
領域 A B C D E		
TNM分類		
ブーストの有無 有 ・ 無		
放射線治療歴		有 ・ 無
治療病院名		
治療部位名		
治療時期		
膠原病／間質性肺炎 有 ・ 無		
その他特記事項		

★治療当日に病理診断書のコピー・術前の画像データを持参していただきますようお願いします。

予約希望日	
☐ 指定なし	第一希望 年 月 日
☐ 指定あり	第二希望 年 月 日
	第三希望 年 月 日
	希望が通らない時 曜日希望

★治療実施時間は、患者さんの希望に添えない場合があります。ご了承下さい。