第２版：令和3年９月

紹介元医療機関

東近江市蒲生医療センター　 医療機関名

 住所

放射線治療科 ＴＥＬ　（ 　　　） 　―

 ＦＡＸ　（ 　　　） 　―

****紹介医師名 田中　正博 　先生 医師名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | （フリガナ）氏　名 |  | 性　別 | 昴会関連病院　受診歴 |
| □男・□女 | □有　□無　□不明 |
| 生年月日 | □大・□昭・□平　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 職　業 |  |
| 住　所 | 〒ＴＥＬ（　　　　　　） 　　― |

|  |  |
| --- | --- |
| 移動方法  | □歩行可（□完全自立・□要介助）　□ 車椅子　□ ストレッチャー （該当項目に） |
| P S | * 0　　□ １　　□ ２　　□ ３　　□ ４ （該当項目に）
 |
| 放射線治療目的 | * 根治照射　□ 術前照射　□ 術後照射　□ 緩和照射　□ ( ) （該当項目に）
 |
| 臨床診断名 |  |
| 病理・組織診断 |  |
| 臨床病期 | （ □c ・□p ） T　　N 　 M　　N部位 ： 　　　　　M部位：　　　　Stage： |
| 臨床経過 及び依頼事項 | ＊記入スペースが足らない場合は別紙を添付して下さい。 |
| 放射線治療、手術、化学療法、内分泌療法、抗凝固療法等治療の有無（該当項目に✔） | □無　□有り／抗凝固療法の有無：□ 無　□ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　）＊有りの場合は具体的に記入して下さい。 |
| 重篤な合併症（有りの場合は、該当項目に✔） | □ 間質性肺炎 □ 低肺機能（□ COPD □ 酸素）□ 心機能障害 □ 糖尿病 □ 活動性のB型肝炎 □ 肝腎機能障害 □ 膠原病（□強皮症 □DM/PM □その他） □ 天疱瘡 □ 精神疾患（　　　　　　　　）□ 透析 □そ の他（　　　　　　　　　　　） |
| その他　確認事項（該当項目に✔） | ・30分間の治療体位保持の可否：□ 可　□ 不可・ペースメーカー、植込型除細動器（ICD）の有無：□ 無　□ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者への説明内容 | ・告 知 　□ 告知済 　□ 未告知＊　　　＊未告知の場合、必ず下記に記入のこと。病名(　　　　　　 　　)放射線治療の説明(　　　　　　　 　)　Key person(　　　　　　　　) |
| 初診診察希望日 | 　第1希望　　　　　月　　　　日 | 第2希望　　　　月　　　　日 |

**※画像診断情報（CD-R等）は当日持参、又は受診日までにご送付をお願いいたします。**