

東近江市蒲生医療センター

紹介元医療機関

医療機関名

住所

TEL () —

FAX () —

医師名



放射線治療科

紹介医師名 田中 正博 先生

患者	(フリガナ) 氏名		性別	協会関連病院 受診歴
	生年月日	□大・□昭・□平 年 月 日 (歳)	□男・□女	□有 □無 □不明
	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・)
PS	□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	 *記入スペースが足り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。

【画像診断情報送付先】 東近江市蒲生医療センター 地域医療連携室
〒529-1572 滋賀県東近江市桜川西町 340 番地 Tel: 0748-55-1179 (地域医療連携室直通) Fax: 0748-55-1178