

放射線治療センター診療情報提供書

放射線治療目的: ☐根治照射 ☐術前照射 ☐術後照射 ☐緩和照射 ☐再照射

フリガナ 患者氏名	性別 男 ☐ 女 ☐
様	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才)	
TEL	
移動	歩行可 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐

紹介医療機関名	
診療科	入院 ☐ 外来 ☐
担当医	
先生	
TEL・FAX	

告知情報	☐ 告知済 ☐ 未告知
未告知の場合の説明内容	

臨床診断:

病理診断:

臨床病期: c・p T N M

Mの部位:

臨床経過

併用化学療法	☐ なし	☐ あり	()
既往歴	☐ なし	☐ あり	()
合併症	☐ なし	☐ あり	()
体内金属	☐ なし	☐ あり	()



静岡県浜松市南区田尻町120-1
地域連携室 TEL 053-443-0177
FAX 053-443-0166

※地域連携室TEL 053-443-0177にお電話いただいた後、診療情報提供書(このフォーム以外でも可)をFAX 053-443-0166 して下さい。依頼内容を確認後に折り返しご連絡いたします。