

放射線治療依頼票 兼 診療情報提供書

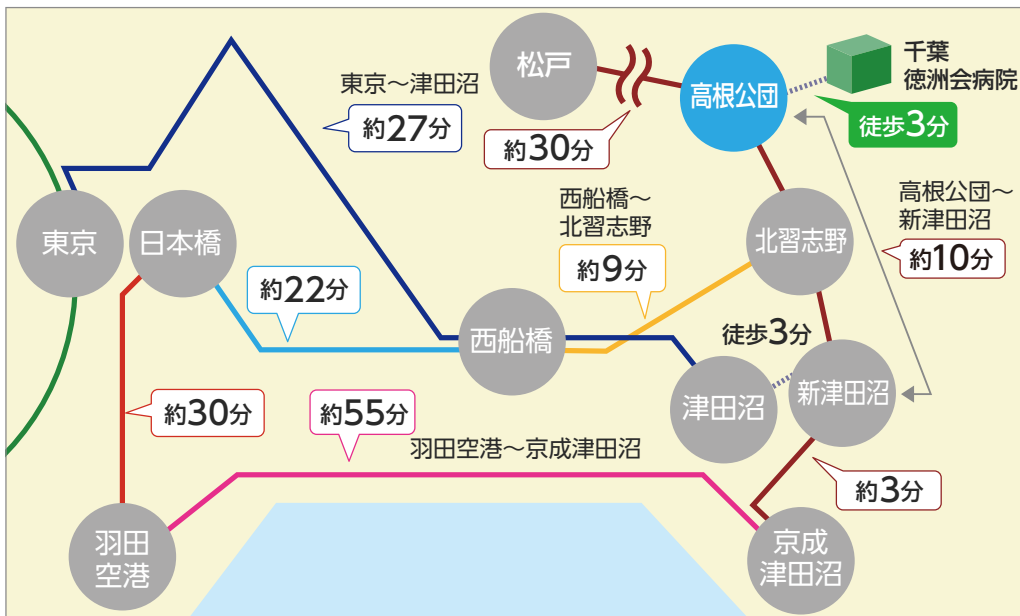
					依頼発効日	年 月 日			
患者基本情報	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	患者氏名				生年月日	年 月 日 歳			
					連絡先番号				
紹介元医療機関				診療科			紹介医師		
臨床診断名					原発臓器				
c/p/r	<input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> r	TNM 分類	T	N	M	病期 [Stage]	<input type="checkbox"/> Stage I <input type="checkbox"/> Stage II <input type="checkbox"/> Stage III <input type="checkbox"/> Stage IV		
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1				
N部位					M部位				
告知	本人への説明	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知		要約					
放射線照射歴 (線量・部位等)									
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可能 (完全自立・要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー								
麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽～中度 <input type="checkbox"/> 高度				詳細				
ペースメーカー、ICD 合併症、問題点など	<input type="checkbox"/> ペースメーカー有 <input type="checkbox"/> ICD 有				詳細				
	<input type="checkbox"/> 合併症有 <input type="checkbox"/> その他の問題点有				詳細				
依頼方針	<input type="checkbox"/> 根治照射 <input type="checkbox"/> 術前照射 <input type="checkbox"/> 術後照射 <input type="checkbox"/> 緩和照射 <input type="checkbox"/> 再照射								
同時併用薬物療法									
依頼文 〔 臨床経過、 依頼目的・内容 〕									

千葉徳洲会病院までの

交通アクセス

〒274-8503 千葉県船橋市高根台2-11-1

☎ 047-466-7111



電車

- 総武線快速
- 京急線
- 東葉高速
- 新京成線
- 東京メトロ東西線

バス

- 羽田空港線 [津田沼]
6番のりば: JR津田沼駅行