予約申込書・診療情報提供書（放射線治療科　診察予約）

札幌禎心会病院
陽子線治療センター　行
〒065-0033　札幌市東区北33条東1丁目3-1
電話　011-712-1134（直通）
FAX　011-712-1153（直通）

依頼医療機関名：

住　　所　：

医師名　：　　診療科：

電話番号　：（　　）

FAX番号　：（　　）

申込日：　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
紹介患者氏名		男・女	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）
住　所			
電話番号		自宅以外の連絡先電話番号	
患者様への予約日時連絡方法（番号を〇で囲む）	1.　依頼元の医療機関で患者様が返事をまっている　※お急ぎの場合 2.　後日、札幌禎心会病院から患者様へ連絡 3.　後日、依頼元医療機関から患者様へ連絡 4.　その他（　　）		

受診希望日（申込当日・土日祝の受診は予約できません。予約状況によってはご希望に沿えぬ場合があります。）

（第1希望）　　月　　日　　（第2希望）　　月　　日　　（第3希望日）　　月　　日

紹介目的	□ 陽子線治療　□ 放射線治療　□ その他（　　）
希望医師	（※御希望がある場合のみご記入ください。）医師名：
主病名	
※ご紹介の際に、ご準備して頂くもの（3点）	①診療情報提供書（本紙または貴院様式）　②　病理レポート　③　検査画像（CD-R） ※前立腺がんに限り、可能であればプレパラート（使用後、返却いたします）

症状経過・治療経過・現在の処方　等
※貴院様式の『診療情報提供書』を添付でも可。

移動方法	□歩行可　□車椅子　□ストレッチャー	体内の金属有無	□無　　□有　（機種：　　）