|  |
| --- |
| **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　 | 依頼医療機関名 |  |
| 　　　　　　　　　　　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 | 住所 |  |
| 　　　電話 011-712-1134 （直通） | 医師名 |  | 診療科 |
| 　　　FAX　011-712-0789 （直通） | 電話番号 | （　　　　　　） |  |
| 　 | FAX番号 | （　　　　　　） |  |
|  |  | 担当者 | 部署 | 氏名 |
| 申込日： | 令和　　 　年　　　　月　　　　日 | 　　 |
| **フリガナ** | 　 | **性別** | **生年月日** |
| **紹介患者氏名** | 　　 | [ ] 　男 [ ] 　女 | 大・昭・平・令[ ] [ ] [ ] [ ]  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○で囲む） | 　１．[ ] 　現在、外来で返事を待っている ※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、紹介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添えない場合があります。） |
| 　 | （第1希望）　　　　　月　　　　　日　　　　（第2希望）　　　　　月　　　　　日　　　　（第3希望）　　　　　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） |
|  |
| **移動方法** | [ ] 歩行可　[ ] 車椅子　[ ] ストレッチャー | **体内の金属** | 　[ ] 無　　[ ] 有（機種：　　　　　　　　 　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|
|  |