|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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：　　　　　　　　 　　　　　　） |
|
|  | | | | |