

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 011-712-0789(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 担当者 部署 _____ 氏名 _____
--	--

フリガナ		性別	生年月日
紹介患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 現在、外来で返事を待っている ※お急ぎの場合 2. <input type="checkbox"/> 後日、札幌禎心会病院から患者様へ連絡 3. <input type="checkbox"/> 後日、紹介元医療機関から患者様へ連絡 4. <input type="checkbox"/> 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) 月 日			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 陽子線治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 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-ROM) ※ 前立腺がんに関し、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	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 体内の金属 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (機種 _____)		