

放射線治療申込書《診療情報提供書》

新宮市立医療センター

科

先生

医療機関名

住 所

TEL・FAX

診 療 科

医 師 名

印

ふりがな			大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所 電話番号	(〒 -)		
病 名	TNM T N M Stage		
病理診断	治療希望部位 (詳しく)		
現 病 歴 【画像情報提供お願いします】	現疾患の治療歴 ①手術歴 (あり・なし) 【手術日】 年 月 日 【術 式】 【根治度】 ②化学療法歴 (あり・なし) 【内 容】 ③放射線治療歴 (あり・なし) 【内 容】		
既往歴・合併症	予定併用療法 ①手術 (あり・なし) 【手術予定日】 ②化学療法 (あり・なし) 【内 容】		
患者への説明内容 告知:(あり・なし)	身長	cm	体重 kg
	重症度	①歩行可能 ②車椅子 ③担送	
	感染症	H B V (+ -) TPHA (+ -)	
		H C V (+ -) MRSA (+ -)	
	H I V (+ -)		
	その他 (+ -) ()		
備 考			