

放射線治療のお申し込み方法

A: 診察申込書 (FAX 用)

宝塚市立病院 診察 申込書 (FAX用) FAX: 0797-83-2818

依頼先医療機関 宝塚市立病院 放射線治療科 FAX: 0797-83-2818

患者氏名 性別 宝塚市立病院受診歴

生年月日 性別 年齢 科 病名

電話 郵便番号 所在地

主治医師 先生 医師同士で電話相談済み

放射線治療科 内科 外科 小児科 産科 皮膚科 泌尿器科 消化器科 呼吸器科 循環器科 神経科 精神科 小児科 産科 皮膚科 泌尿器科 消化器科 呼吸器科 循環器科 神経科 精神科

※ 当日の緊急受診(11時~17時)または、入院加療が必要と思われる場合は、代診番号より「00科の緊急当番医室」にご相談ください。

※ 予約申し込みはFAXでお申し込みします。

※ 医師の判断が必要な場合・夜間体制の17時以降は予約に時間がかかる場合がございます。

※ 緩和ケア科の申込みは、医師日の1週間前に受診確認を要する場合がございます。

申込書(この用紙)は紹介状に必ず記載してください。

B: 紹介状 (診療情報提供書) 放射線治療依頼専用

紹介状 (診療情報提供書) 放射線治療依頼専用

宝塚市立病院 放射線治療科

患者氏名 性別 年齢 宝塚市立病院 受診歴

生年月日 性別 年齢 科 病名

電話 郵便番号 所在地

主治医師 先生 医師同士で電話相談済み

放射線治療科 内科 外科 小児科 産科 皮膚科 泌尿器科 消化器科 呼吸器科 循環器科 神経科 精神科

※ 当日の緊急受診(11時~17時)または、入院加療が必要と思われる場合は、代診番号より「00科の緊急当番医室」にご相談ください。

※ 予約申し込みはFAXでお申し込みします。

※ 医師の判断が必要な場合・夜間体制の17時以降は予約に時間がかかる場合がございます。

※ 緩和ケア科の申込みは、医師日の1週間前に受診確認を要する場合がございます。

申込書(この用紙)は紹介状に必ず記載してください。

- ① 『A: 診察申込書 (FAX 用)』 および 『B: 紹介状 (診療情報提供書) 放射線治療依頼専用』 をダウンロードし、必要事項をご記入ください。
(貴院様定型の診療情報提供書をご使用の場合は、Bの患者基本情報以外の全ての項目をお願いします)



- ② 地域医療室に FAX でお申し込みください。

FAX :0797-83-2818



- ③ 診療科と日程調整の上、予約票を貴院様に FAX します。
(確認にお時間をいただく場合がございます)



- ④ 受診日までに、画像診断情報 (CD-R 等) を地域医療室にご送付ください
(封筒表面に受診日をご記入ください)