紹介状（診療情報提供書）　放射線治療依頼専用

第1版：平成30年4月

宝塚市立病院

放射線治療科

医師名　　先生

紹介元医療機関
医療機関名
住所
ＴＥＬ　（　　）　　—
ＦＡＸ　（　　）　　—

医師名　　㊞

患者	(フリガナ) 氏　名		性　別 □男・□女	宝塚市立病院　受診歴 □有　□無　□不明
	生年月日	□明・□大・□昭・□平　　年　　月　　日（　　歳）	職　業	
	住　所	〒 ＴＥＬ（　　）　　—		

移動方法	□歩行可（□完全自立・□要介助）□車椅子 □ストレッチャー　（該当項目に✓）
ＰＳ	□０　□1　□２　□３　□４　（該当項目に✓）
放射線治療目的	□根治照射　□術前照射　□術後照射　□緩和照射　□（　　）　（該当項目に✓）
臨床診断名	
病理・組織診断	
臨床病期	（□ｃ・□ｐ）Ｔ　Ｎ　Ｍ　Ｎ部位：　　Ｍ部位：　　Stage：
臨床経過 及び 依頼事項	＊記入スペースが足らない場合は別紙を添付して下さい。
放射線治療、手術、化学療法、内分泌療法等治療の有無	□無　□有り（どちらかの項目に✓） ＊有りの場合は具体的に記入して下さい。
重篤な合併症 （有りの場合は、該当項目に✓）	□間質性肺炎 □低肺機能（□COPD □酸素）□心機能障害 □糖尿病 □活動性のＢ型肝炎 □肝腎機能障害 □膠原病（□強皮症 □DM/PM □その他）□天疱瘡 □精神疾患（　　）□透析 □その他（　　）
その他　確認事項 （該当項目に✓）	・30分間の治療体位保持の可否：□可 □不可 ・ペースメーカー、植込型除細動器（ICD）の有無：□無　□有（　　） ・抗凝固療法の有無：□無　□有（　　）
患者への説明内容	・告 知　□告知済　□未告知＊　＊未告知の場合、必ず下記に記入のこと。 病名（　　）放射線治療（　　）　Key person（　　）

※受診日までに、画像診断情報（CD-R等）のご送付をお願いいたします。

【画像診断情報送付先】宝塚市立病院　地域医療室　　〒665-0827　兵庫県宝塚市小浜４丁目５－１
Tel:0797-87-1161（代表）Fax:0797-83-2818