

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	宝塚市立病院 受診歴
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	住所	〒 _____ TEL () —		

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 (<input type="checkbox"/> 完全自立・ <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (該当項目に✓)
P S	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 (該当項目に✓)
放射線治療目的	<input type="checkbox"/> 根治照射 <input type="checkbox"/> 術前照射 <input type="checkbox"/> 術後照射 <input type="checkbox"/> 緩和照射 <input type="checkbox"/> () (該当項目に✓)
臨床診断名	
病理・組織診断	
臨床病期	(<input type="checkbox"/> c ・ <input type="checkbox"/> p) T N M N 部位 : M 部位 : Stage :
臨床経過 及び 依頼事項	* 記入スペースが足り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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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✓)	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 低肺機能 (<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 酸素) <input type="checkbox"/> 心機能障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 活動性のB型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝腎機能障害 <input type="checkbox"/> 膠原病 (<input type="checkbox"/> 強皮症 <input type="checkbox"/> DM/PM <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 天疱瘡 <input type="checkbox"/> 精神疾患 () <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・ ペースメーカー、植込型除細動器 (ICD) の有無 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・ 抗凝固療法の有無 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
患者への説明内容	・ 告知 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 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