# 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)<br>氏　名 | | 性　別<br>□男・□女 | 宝塚市立病院　受診歴<br>□有　□無　□不明 |
| | 生年月日 | □明・□大・□昭・□平　　年　　月　　日（　　歳） | 職　業 | |
| | 住　所 | 〒<br>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✓）<br>＊有りの場合は具体的に記入して下さい。 |
| 重篤な合併症<br>（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<br>（該当項目に✓） | ・30 分間の治療体位保持の可否：□可 □不可<br>・ペースメーカー、植込型除細動器（ICD）の有無：□無　□有（　　）<br>・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。<br>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