新山手病院　放射線治療申込書（診療情報提供書）

FAX: 042-393-8226

※事前にカルテ・診察券を作成するため下記の健康保険情報をご記入ください
FAXで保険証の写しを送付していただいても結構です

☐　該当する項目にチェックをお願いいたします

（フリガナ） 患者名	（　　）	☐ 男 ☐ 女	生年月日	M・T・S・H	年　　月　　日		
住　所	〒			電話：自宅	－　　－		
				電話：携帯			
保険種別		保険者番号		資格取得年月日			
記　号		番　号		被保険者（世帯主）			
公　費		負担者番号		受 給 者 番 号			
※患者さんの状態について	☐独歩	☐杖歩行	☐車いす	☐歩行器	☐ベッド	☐難聴	
放射線治療予約日時	※下記受付に電話で申し込んだ時点で予約日時を決定します。						
放射線治療受付	**042-393-8280（治療受付）　　042-393-8771（治療外来）**						
予 約 日 時	月　　日（　　）曜日　午前・午後　　時　　分						

診療情報（状況把握のためご記入ください）

病　名(病状、病態		
放射線治療目的	☐根治	☐術後　☐化療後　☐化療併用　☐緩和　☐徐痛　☐対症　☐適応照会
病 状 説 明	true story	☐済み　☐未実施　放射線治療の説明☐済み　☐未実施 ☐済み（本人）　☐済み（家族：　　）　☐済み（本人および家族）
放射線治療の既往	☐初回	☐（　）回目：実施施設（　　）、時期（　　）,治療部位（　　）
		☐（　）回目：実施施設（　　）、時期（　　）,治療部位（　　）
アレルギー歴	☐なし	☐あり　（

※安全な診療をおこなうため、できるだけ下記の項目のチェックをお願いいたします。
HBs（＋・－・未）　HCV（＋・－・未）　HIV（＋・－・未）　梅毒（＋・－・未）　MRSA（＋・－・未）

主訴（現症、病歴の要約、主要検査所見等（図示でも結構です）

※来院当日に診療情報提供書、参考資料（画像：CD、写真など）をご持参ください。					資料：☐　なし
紹介元医療機関名		住　所			
医　師　名		電　話		FAX	

※患者さんは予約日時に診療情報提供書・画像データ等を持参し、受付へおいで下さい。

公益財団法人結核予防会　新山手病院　電話　代表　042－391－1425　　FAX 042-391-5760

放射線治療センター　治療受付：042-393-8280　治療外来042-393-8771　FAX：042-393-8226

※入院治療の際は、下記もご記入下さい※

排泄	☐トイレ　☐Pトイレ　☐おむつ　介助量　☐自立　☐一部介助　☐全介助
認知症	☐なし　☐あり（☐危険行動　☐抑制必要　☐声出し　☐せん妄）
治療後貴院への転院	☐可能　☐要相談