

陽子線治療患者紹介用 事前確認シート

大阪陽子線クリニック宛

FAX:06-6462-1122 TEL:06-6462-1888

● 貴施設情報

_____年 月 日

貴施設名 _____

貴施設住所 〒 _____

診療科 _____ 電話番号 _____ FAX _____

医師名 _____ 担当看護師 _____

e-mail _____

● ご紹介患者情報

(フリガナ) _____

氏名 (漢字) _____ (男・女) _____

生年月日 _____年 月 日 年齢 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

主訴: _____

診断名: _____

病理学的診断: _____

TNM 分類 T _____ N _____ M _____ Stage _____, 不明

最近の血液データ 検査日(月 日) WBC _____ Plt _____ Hb _____ クレアチニン値 _____

合併症 なし あり 内容 (_____) ペースメーカーあり

現在までのがん治療 なし あり(手術、化学療法、放射線療法、IVR、その他)

患者に対する説明内容 (_____)

貴院がんセンターの実施 実施 未実施

当センター医師への事前相談 あり(医師名: _____) なし

先進医療特約の加入 あり(保険会社名: _____) なし 不明

現在までの経過:

*** 受診時には、診療情報提供書と合わせて原本をご持参ください**