

# 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**