

泉大津急性期メディカルセンター

放射線治療センター申込書

地域医療連携室

TEL : 0725-58-8235

FAX : 0725-58-8238

年 月 日

施設名		電話番号	
医師名		FAX番号	

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	大・昭 平・令 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 -	電話番号	

診療情報提供書（検査データ等）と乳がん登録シートの原本は当日当院へお持ち下さい。

受診目的	(病名・症状)

過去の照射歴 有 ・ 無

(有の場合 実施した施設名・線量分布・照射記録・放射線関連画像が必要です)

<備考> ご希望日やご都合の悪い日がありましたらご記入ください。

お申し込み時はこの用紙と診療情報提供書（検査データ等）及び乳がん登録シート（乳腺のみ）を地域医療連携室にFAXをお願いいたします。

【FAX受付時間】（月～金）9：00～20：00 （土）9：00～17：00 ※祝日除く

17：00以降のお申し込みは翌日以降のお返事になる場合がございます。