

診療情報提供書

年 月 日

泉大津急性期メディカルセンター 放射線治療センター

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
患者住所	電話番号：		
紹介目的			
主訴及び傷病名			
臨床病期	T ()	N ()	M ()
STAGE	期		
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 (自立) <input type="checkbox"/> 歩行可 (介助) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
告知	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (患者への説明：)		
既往歴及び 家族歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血・骨髄機能障害 <input type="checkbox"/> 心肺肝機能障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 不随運動を伴う神経系疾患 <input type="checkbox"/> 脂質機能異常 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植込み その他 ()		
嗜好		薬物アレルギー	
処方			
現病歴および 現症検査所見 症状経過 治療経過等 備考			

ご不明な点がございましたら、放射線治療センター(TEL:0570-021199)または、
地域医療連携室(TEL:0725-58-8235、FAX:0725-58-8238)までご連絡下さい。

2024年12月1日作成