

(放射線治療科) 診療情報提供書

伊勢赤十字病院 診察・検査予約申込書 (FAX 送信票)

令和 年 月 日

紹介元	医療機関名		所在地	
	医 師 名	TEL	FAX	
患者情報	フリガナ	性別	* 事前予約制になりますので、この用紙を地域医療連携課へ FAX お願いします。	
	患者氏名	男・女		
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
	電話番号	()		
希 望 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (希望に添えない場合がありますのでご了承ください。) 【 ①令和 年 月 日 曜日、 ②令和 年 月 日 曜日 】			
予 約 方 法	<input type="checkbox"/> 医療機関を通して予約 ⇒ 【 患者在院状況 ⇒ <input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 待機していない 】			
放射線治療の事前チェックシート	1. 原 発 :			
	2. 照射希望部位 (症状のある部位) :			
	3. 抗癌剤/分子標的薬/免疫チェックポイント薬を3ヶ月以内使用 (有 ・ 無) 有の場合→薬剤の種類 : 最終投与日 : 年 月 日 次回投与予定日 : 年 月 日 * 一部の薬剤 (血管新生阻害剤など) では、消化管を含む照射の場合には、一時休薬をお願いすることがあります。			
	4. 移動方法 (該当するものに○をつけてください) 歩行可能 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ その他 : ()			
	5. 照射歴について (有 ・ 無) 有の場合は →いつ頃 : どの病院で : 照射した部位や線量 :			
	6. 既往歴 : ペースメーカーや植込み型除細動器 (有 ・ 無) 間質性肺炎 (有 ・ 無) その他 () * ペースメーカーや植込み型除細動器、間質性肺炎があっても照射可能なことが多いですが、照射部位が制限される場合や事前の準備が必要となることがあります。			
紹介目的 (傷病名) (既往歴) (症状経過) (治療経過) (現在処方)				