

前立腺がんの重粒子線治療に関する外来予約申込書

■送信元

貴医療機関名：
(紹介元医療機関名)

診療科：

予約申込日： 年 月 日

ご担当医師名：

電話番号：

FAX番号：

■ご紹介患者情報

(ふりがな)		性別	生年月日	西暦	年	月	日	歳
氏名	様	☐ 男 ☐ 女						
住所	〒							
電話番号								
当院 受診歴	☐ なし ☐ あり→(当院の診察券番号：)							
診断名								
予約日のご希望(受診までの期間や、患者さんやご家族のご都合のよくない日等のご事情がありましたらご記入ください。)								

■下記にチェックしてください

☐	重粒子線治療方針の患者 ※ 泌尿器科診察の後、同日に放射線治療科の診察があります。
--------------------------	---

⇒ CRPC兆候の有無

☐ 有☐ 無

■予約日が決定次第、郵送下さい。※郵送は、書留・レターパック等(追跡サービスがあるもの)

☐ 1) 泌尿器科宛 診療情報提供書 ☐ 2) 放射線治療科宛 診療情報提供書 ☐ 3) 病理診断レポート ☐ 4) 画像データ ☐ 5) 画像診断レポート	 郵送先	〒990-9585 山形県山形市飯田西2-2-2 東日本重粒子センター 2F受付 宛
---	---	---

■ご注意

- ・ご予約の際に、診療情報提供書をご添付ください。
- ・FAXを受信し予約確定後、15分以内に 貴医療機関へ「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ・予約受付時間は平日の8:30～17:00です。それ以外は、翌業務日以降のお取り扱いとなります。

*当院使用欄

予 約 日	年 月 日 ()	予約時間	:	通信欄
		予約診療科		
ID:				

山形大学医学部附属病院地域医療連携センター行 (FAX:023-628-5161 TEL:023-628-5160)

前立腺がんの重粒子線治療に関する外来予約申込書 (記入例)

■送信元

貴医療機関名：
(紹介元医療機関名)

診療科：

予約申込日： 年 月 日

ご担当医師名：

電話番号：

FAX番号：

■ご紹介患者情報

(ふりがな)	やまがた たろう	性別	生年月日	
氏名	山形 太郎 様	☒ 男 ☐ 女	西暦 1950 年 1 月 1 日 70 歳	
住所	〒0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇丁目〇〇-〇〇			
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇			
当院 受診歴	☐ なし ☒ あり→(当院の診察券番号： 123456)			
診断名	前立腺がん			
予約日のご希望(受診までの期間や、患者さんやご家族のご都合のよくない日等のご事情がありましたらご記入ください。)				

■下記にチェックしてください

☒	重粒子線治療方針の患者 ※ 泌尿器科診察の後、同日に放射線治療科の診察があります。
-------------------------------------	---

⇒ CRPC兆候の有無 ☐ 有 ☒ 無

■予約日が決定次第、郵送下さい。※郵送は、書留・レターパック等(追跡サービスがあるもの)

☐ 1) 泌尿器科宛 診療情報提供書 ☐ 2) 放射線治療科宛 診療情報提供書 ☐ 3) 病理診断レポート ☐ 4) 画像データ ☐ 5) 画像診断レポート	→ 郵送先	〒990-9585 山形県山形市飯田西2-2-2 東日本重粒子センター 2F受付 宛
---	-------	---

■ご注意

- ・ご予約の際に、診療情報提供書をご添付ください。
- ・FAXを受信し予約確定後、15分以内に 貴医療機関へ「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ・予約受付時間は平日の8:30~17:00です。それ以外は、翌業務日以降のお取り扱いとなります。

*当院使用欄

予 約 日	年 月 日 ()	予約時間	:	通信欄
		予約診療科		
ID:				