

## 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	
氏名	様	□男 □女	西暦	年 月 日 歳
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

[ご紹介いただく疾患が含まれる項目に、チェックしてください]

- |                                       |                                      |  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍        | <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(成人)   | <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(小児)         |
| <input type="checkbox"/> 直腸・大腸術後骨盤内再発 | <input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(リンパ節) | <input type="checkbox"/> 肝癌                |
| <input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(肝臓)    | <input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍       | <input type="checkbox"/> 肺癌(cN0例).転移性腫瘍(肺) |
| <input type="checkbox"/> 肺癌(≧cN1例)    | <input type="checkbox"/> 食道癌         | <input type="checkbox"/> 腎癌                |

[希望される内容、診断の状況にあわせて、どちらかにチェックしてください]

<input type="checkbox"/>	① (重粒子を含みうる) 治療全体を依頼	→次項の表の通りご紹介ください
<input type="checkbox"/>	② 手術不能、もしくは手術拒否であり、重粒子を依頼	→次項の表の通りご紹介ください

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

<input type="checkbox"/> 1) 診療情報提供書(紹介いただく各科宛) <input type="checkbox"/> 2) 画像データ <input type="checkbox"/> 3) 画像診断レポート <input type="checkbox"/> 4) 病理診断レポート	 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、ご紹介いただく各科宛の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です。

\* 当院使用欄

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

## ■ご紹介先の科\_①(重粒子を含みうる)治療全体をご依頼の場合

<input type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍	貴診療科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(成人)	整形外科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(小児)	小児科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 直腸・大腸術後骨盤内再発	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(リンパ節転移)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 肝癌	第二内科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(肝臓)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍	産婦人科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(cN0例)・転移性腫瘍(肺)	第二外科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(≧cN1例)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 食道癌	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 腎癌	泌尿器科	+ 放射線治療科

## ■ご紹介先の科\_②手術不能、もしくは手術拒否で、重粒子ご依頼の場合

<input type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(成人)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(小児)	小児科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 直腸・大腸術後骨盤内再発	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(リンパ節転移)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 肝癌	第二内科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(肝臓)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍	産婦人科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(cN0例)・転移性腫瘍(肺)	第二外科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(≧cN1例)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 食道癌	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 腎癌	泌尿器科	+ 放射線治療科

## 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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	1950 年 1 月 1 日 70 歳
住所	〒○○○-○○○ ○○ 県 ○○ 市 ○○ 丁目 ○○ - ○○			
電話番号	○○○ - ○○○ - ○○○			
当院 受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(当院の診察券番号: 123456 )			
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

[ご紹介いただく疾患が含まれる項目に、チェックしてください]

- |   |                                      |                                       |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍 | <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(成人)   | <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(小児)    |
| <input type="checkbox"/> 直腸・大腸術後骨盤内再発     | <input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(リンパ節) | <input type="checkbox"/> 肝癌           |
| <input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(肝臓)        | <input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍       | <input type="checkbox"/> 肺癌(cN0例).転移性 |
| <input type="checkbox"/> 肺癌(≧cN1例)        | <input type="checkbox"/> 食道癌         | <input type="checkbox"/> 腎癌           |

[希望される内容、診断の状況にあわせて、どちらかにチェックしてください]

<input type="checkbox"/>	① (重粒子を含みうる) 治療全体を依頼	→次項の表の通りご紹介ください
<input checked="" type="checkbox"/>	② 手術不能、もしくは手術拒否であり、重粒子を依頼	→次項の表の通りご紹介ください

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

<input type="checkbox"/>	1) 診療情報提供書(紹介いただく各科宛)	 郵送先	
<input type="checkbox"/>	2) 画像データ		〒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
<input type="checkbox"/>	3) 画像診断レポート		
<input type="checkbox"/>	4) 病理診断レポート		

### ■ご注意

- ・ご予約の際に、ご紹介いただく各科宛の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です。

\* 当院使用欄

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

## ■ご紹介先の科\_①(重粒子を含みうる)治療全体をご依頼の場合

<input type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍	貴診療科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(成人)	整形外科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(小児)	小児科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 直腸・大腸術後骨盤内再発	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(リンパ節転移)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 肝癌	第二内科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(肝臓)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍	産婦人科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(cN0例)・転移性腫瘍(肺)	第二外科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(≧cN1例)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 食道癌	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 腎癌	泌尿器科	+ 放射線治療科

## ■ご紹介先の科\_②手術不能、もしくは手術拒否で、重粒子ご依頼の場合

<input checked="" type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(成人)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍(小児)	小児科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 直腸・大腸術後骨盤内再発	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(リンパ節転移)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 肝癌	第二内科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 転移性腫瘍(肝臓)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 婦人科腫瘍	産婦人科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(cN0例)・転移性腫瘍(肺)	第二外科	+ 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 肺癌(≧cN1例)	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 食道癌	放射線治療科	
<input type="checkbox"/> 腎癌	泌尿器科	+ 放射線治療科