

FAX送信票/受診予約申込書(FAX番号:06-6923-3520)

送信先

都島放射線科クリニック

〒534-0021
大阪府大阪市都島区都島本通1-16-22

電話番号 06-6923-3501(代表)

FAX番号 06-6923-3520

ホームページ <http://www.osaka-igrt.or.jp/>

受付時間 平日 9:00~17:00

休診日 土日祝及び年末年始

送信日	年 月 日
送信元	
医療機関名	
所在地	〒 -
電話番号	- -
FAX番号	- -
医師氏名	
診療科	
送信者	

フリガナ	セイ		メイ	
患者氏名	姓		名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	〒 -			
現住所	〒 -			
電話番号	-	-	携帯番号	- -
FAX番号	-	-		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 放射線治療
	<input type="checkbox"/> 放射線治療もしくはIVR(当院初診時の判断に一任する)
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン (<input type="checkbox"/> 放射線治療, <input type="checkbox"/> IVR)
	<input type="checkbox"/> IVR
	<input type="checkbox"/> 非血管系IVR(ラジオ波焼灼術(RFA), ドレナージ, CTガイド下生検, 金属マーカー留置など)
	<input type="checkbox"/> 血管系IVR(動脈塞栓術(TAE), 動脈化学塞栓術(TACE), 動脈瘤コイル塞栓術, 止血術, 子宮動脈塞栓術(UAE)など)
	<input type="checkbox"/> その他各種IVR()

患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者	<input type="checkbox"/> 入院患者(DPC: <input type="checkbox"/> 対象・ <input type="checkbox"/> 非対象)
	<input type="checkbox"/> 透析中(施行曜日: . .)	(施行時間帯: <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後)
歩行状態	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行可
体内金属	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
人工内耳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり()	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
その他の薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり()	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

予約連絡先	<input type="checkbox"/> 医療機関(<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 地域医療連携室 お名前:)		
	<input type="checkbox"/> 患者本人		
	<input type="checkbox"/> 患者家族(氏名:) (TEL:)		
来院不可日	<input type="checkbox"/> 特になし		
	年 月 日	<input type="checkbox"/> AMのみ	<input type="checkbox"/> PMのみ <input type="checkbox"/> 全日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> AMのみ	<input type="checkbox"/> PMのみ <input type="checkbox"/> 全日
現在就業状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

<初診予約方法>

- 1 「FAX送信票/受診予約申込書」にご記入の上、「診療情報提供書(紹介状)」と共にFAXして下さい。
- 2 「診療情報提供書(紹介状)」の原本や画像CD-R等を当院宛にご郵送下さい。
ご郵送いただきたい情報は下記をご参照下さい。
- 3 2でお送りいただきました資料が届き次第、初診予約のご連絡を患者様もしくは紹介元病院のご担当者様に差し上げます。

<ご郵送いただきたい情報>

○: 必須

☆: 該当する場合必須

	放射線治療	IVR (TAE, TACE, RFA, 動脈瘤コイル塞栓術, 止血術, ドレナージ, 子宮動脈塞栓術, リザーバー留置など)	生検, 金マーカー 留置, CVポート など各種IVR
診療情報提供書(紹介状)	○	○	○
画像CD-R及び読影所見(注1)	○	○	○
採血結果(注2)	○	○	☆
病理所見のコピー	○	☆	
手術記録及び病理所見のコピー	☆	☆	
放射線治療に関する情報(注3)	☆	☆	
採血結果(注4)		○	○
ペースメーカー手帳のコピー(注5)	☆	☆	

注1: 腫瘍の経時的変化が分かる画像検査のCD-R及び読影所見

注2: 腫瘍マーカーの推移がわかり、なおかつ直近の尿素窒素・クレアチニンの値がわかるデータ

注3: 照射録・線量分布図・CD-R: DICOM-RT (①CT data set ②Structure data set ③Dose data set)

注4: PT・PT-INR(止血機能)・CRP・血小板数・白血球数の値がわかるデータ

注5: 製造メーカー・型番・シリアル番号等がわかる情報

※RFA(ラジオ波凝固療法)の場合、ペースメーカー留置の患者様は禁忌です