ＦＡＸ番号　06-6585-2330

社会医療法人　きつこう会
多根総合病院 | 高精度放射線治療センター

【放射線治療依頼状】

地域情報連絡室 TEL 06(6585)2780 にお電話いただいた後、本依頼状を記入のうえ、FAX 06(6585)2330 してください。依頼内容を確認後、折り返しご連絡いたします。

地域情報連絡室　行

放射線治療目的　：　□ 根治照射　□ 術前照射　□ 術後照射　□ 緩和照射　□ 再照射

希望する照射方法　：　□ ＩＭＲＴ　□ 定位照射　□ 通常外照射　□ 当院に判断を依頼

希望日 ※予約状況によりご希望に添えない場合がございます。ご理解のうえ、ご了承いただきますようお願いいたします。

【診察希望日】**第１希望日＿＿＿月＿＿＿日　第２希望日＿＿＿月＿＿＿日**

ふりがな	性別
患者氏名　様	男 ・ 女
生年月日 明・大・昭・平　年　月　日(　歳)	TEL
移動方法 □歩行可（完全自立・要介助）□車椅子□ストレッチャー	

紹介医療機関名　病院・クリニック・診療所	
診療科　科	◯入院中 ・ ◯外来
主治医	
TEL	FAX

臨床診断　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病理組織診断　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床病期　（ C ・ P ）T　N　M
□ □

N部位　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　M部位　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

告 知	□ 告知済　□ 未告知
未告知の場合の患者への説明	

臨床経過：

既往治療　：(放射線治療・手術・化学療法の既往等)（　　）

合併症　：　□無　□有

※合併症がある場合は記入してください。（　　）

社会医療法人　きつこう会
多根総合病院
高精度放射線治療センター
〒550-0025　大阪市西区九条南 1-12-21　TEL:06(6581)1071(代表)　FAX:06(6581)2520
http://www.tane.or.jp/index.html