

独立行政法人国立病院機構南九州病院宛 放射線治療申込書

南九州病院 TEL 0995-63-0843(直通)

地域連携室 行 FAX 0995-63-0840

受診者情報 (保険証のコピーでも可です。)

保険者番号

被保険者の記号番号

被保険者名・続柄 (本人・家族)

申込日	
医療機関名	
診療科・医師名	
住所	
電話番号	
FAX番号	

ふりがな		男	生年月日	
患者氏名		女	(歳)	

住所

受診希望日	第1希望	第2希望
-------	------	------

該当する通院形態に☑をつけてください (2,3,4の場合折り返しご連絡申し上げます)

<input type="checkbox"/> 1. 外来通院	<input type="checkbox"/> 2. 貴院入院を継続しながら南九州病院での外来放射線治療希望
<input type="checkbox"/> 3. 南九州病院での入院治療希望	<input type="checkbox"/> 4. 状況により南九州病院に入院の可能性あり

※※疾患によっては放射線科の前に当院の内科や外科を併診することがあります。ご了承ください。※※

病名	病理組織 ()
----	----------

患者説明	<input type="checkbox"/> 全告知	<input type="checkbox"/> 病名のみ	<input type="checkbox"/> 未告知	<input type="checkbox"/> その他 ()
------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	----------------------------------

放射線治療歴	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明		
	<input type="checkbox"/> あり (照射した医療機関名	部位	線量	Gy)

ペースメーカー、ICD	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり
-------------	-----------------------------	-----------------------------

体内金属	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり
------	-----------------------------	-----------------------------

造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり (内容:)
----------	-----------------------------	------------------------------------

その他のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> あり (内容:)
-----------	-----------------------------	------------------------------------

治療目的	<input type="checkbox"/> 根治目的	<input type="checkbox"/> 症状緩和・予防	<input type="checkbox"/> 術前照射	<input type="checkbox"/> 術後照射	<input type="checkbox"/> その他
------	-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

治療部位	(治療部位や線量に指示がある場合ご記載ください)
------	--------------------------

その他、特別なご要望等ありましたらご記載ください

【必ず提供頂きたい情報】

- ・ 診療情報提供書 (現病歴、その他化学療法歴があれば内容等もお知らせください)
- ・ CT,MRI,FDG-PETなどの画像情報
可能な限りで複数年分のデータを提供ください。照射範囲の決定に腫瘍の経時的変化も参考にします。
時間的に余裕がある場合、当院受診日の前日までに郵送頂ければ幸いです。
- ・ 血液検査 (腫瘍マーカーの推移、直近のBUN,Cre等がわかるデータ)

【可能ならば提供いただきたい情報】

- ・ 手術記録や病理所見 (術後照射の場合、照射範囲の参考にします)
- ・ 放射線治療歴がある場合、照射録や線量分布図など
- ・ ペースメーカーありの場合、手帳のコピー (製造メーカー、型番、シリアル番号など)