

送信先:0868-21-8151

送信日: 年 月 日

がん陽子線治療センター 患者様紹介用FAX(1/2)

※この書類は貴院書式の紹介状と共に送信いただきますようお願い申し上げます

一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター 宛

■貴施設情報

貴施設名	
貴施設住所 (〒 -)	
電話番号 - -	FAX - -
診療科名	医師名

■御紹介患者様情報

(カタカナ) 氏名 (漢字)	生年月日 年 月 日 年齢 歳 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
住所 (〒 -)	
電話番号 - -	FAX - -
主訴	

診断名
病理学的診断

TNM分類	cT	cN	cM	cStage	<input type="checkbox"/> 不明
(UICC第7版)	pT	pN	pM	pStage	<input type="checkbox"/> 不明
最近の血液データ	検査日(月 日)				
	WBC	Plt	Hb	クレアチニン値	
合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)				
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
体内金属(頭頸部の場合は歯科処置も含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
現在までの	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
がん治療	<input type="checkbox"/> 手術、 <input type="checkbox"/> 化学療法、 <input type="checkbox"/> 放射線療法、 <input type="checkbox"/> IVR、 <input type="checkbox"/> その他()				
告知の状況	<input type="checkbox"/> 病名まで <input type="checkbox"/> 予後まで				
(ご本人に対して)	<input type="checkbox"/> その他治療法について()				

お問い合わせ先: 一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター
TEL:0868-21-8150(直通) FAX:0868-21-8151 URL:<http://top.tch.or.jp/>

※足りない場合は、2枚目の備考欄にご記入下さい。

