

放射線治療依頼票

医療機関名

紹介医師

患者氏名

疾患情報

疾患名

病理組織型

TNM分類/病期など

放射線治療の希望内容

(紹介状に記載、あるいは電話などで直接ご相談いただいても構いません) 相談済み

紹介目的 放射線治療依頼 ・ 放射線治療の相談/説明希望 ・ 他

照射部位

放射線治療目的 根治 ・ 予防 ・ 対症/姑息

照射方法・線量など
指定あればご記載ください

治療歴

放射線治療歴 なし ・ あり ()

化学療法併用の有無 なし ・ あり ()

手術歴(治療部位) なし ・ あり ()

患者状態

来院方法 自歩 ・ 車いす ・ ストレッチャー

治療体位保持(背臥位) 可能 ・ 鎮痛剤など必要 ・ 不可

認知症の有無 なし ・ あり (軽度 ・ 病状理解困難 ・ 従命困難)

ペースメーカー なし ・ あり

告知の状況 済 ・ 未

画像診断

最近の画像診断 CT ・ MR ・ PET ・ MMG ・ その他

 患者待ち時間短縮のため、可能であれば予約日までに病理診断レポートと画像データを郵送ください