

## 放射線治療依頼票

医療機関名	
紹介医師	
患者氏名	

## 原発臓器 (原疾患)

部位	
病理組織型	
TNM分類	T            N            M
STAGE	stage

## 照射臓器 (治療部位)

照射部位	
その部位は、	原発巣    転移
放射線治療目的	根治    準根治    姑息    予防
希望線量	Gy
追加照射希望	Gy

## 治療歴

放射線治療歴	無し    有り
化学療法併用の有無	無し    有り
手術歴の有無(治療部位)	無し    有り

## 患者状態

治療開始のPerformance Status	番
来院方法	自力歩行    車椅子    ストレッチャ
整位(正臥床)可能状況	可能    何とか可能    困難    不可能
認知症の有無	無し    少し有り    有り
ペースメーカー	無し    有り
治療禁忌疾患	膠原病    リウマチ    (            )

## 画像診断、他科受診

最近の画像診断	PET    MRI    CT    MMG
歯科受診の状況 (頭頸部のみ)	受診不要    受診予定    受診済み

## 説明

告知の状況	済み    未
ムンテラの状況	通常    特殊

予約日までに病理診断レポートと画像データ(術前、術後)を郵送下さい