

# 放射線治療科 診療予約依頼書 2 乳がん術後専用

患者様のご紹介の際は、この用紙を FAX 送信して下さい。

千葉市立海浜病院

地域連携室 行

〒261-0012

千葉市美浜区磯辺 3-31-1

Tel. 277-8014

Fax. 277-3500

(平日) 月~金  
9:00~16:00

依頼日 令和 年 月 日

(紹介元)  
医療機関

医師名

Tel  
Fax

ふりがな

患者名

大正 昭和 平成

年 月 日 ( 歳)

旧姓

( )

( 男 ・ 女 )

住所

電話番号 ※日中連絡が取れる連絡先

( ) -

当院での受診歴

※夜間応急診療を含む

無 ・ 有



登録番号

- -

## 確認事項

※確認事項は、治療受け入れの検討の際に参考にさせていただきます。

診断名	照射部位
乳がん術後	<input type="checkbox"/> 右胸部 <input type="checkbox"/> 左胸部

1	病歴	<input type="checkbox"/> 新鮮例	<input type="checkbox"/> 再発・転移	<input type="checkbox"/> 不明
2	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 担送
3	照射期間中、当院に入院が必要である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらとも言えない