

# 粒子線治療患者紹介用 FAX(1) 送信先:0791-58-2600

主治医への返信は翌日(休日を除く)になります。  
※翌日に届いていない場合は0791-58-0100までご連絡下さい。

## ● 貴施設情報

送信日 年 月 日

貴施設名

貴施設住所 〒

診療科 医師名

担当部署 担当者名

電話番号 返信先 FAX

## ● ご紹介患者情報

(フリガナ)

氏名 (漢字) (男・女)

生年月日 年 月 日 年齢

住所 〒 -

TEL 携帯電話番号

主訴:

診断名: 病理学的診断:

TNM 分類 T N M Stage, 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 ☐ なし ☐ あり 内容 ( )

ペースメーカー・ICD ☐ あり 自己ペーシング ☐ あり ☐ なし 自己ペーシングなしの場合は不適格となります

ペースメーカー・ICD を挿入した医療機関 ( ) 診療科 ( 科 ) 医師名 ( )

現在までのがん治療 ☐ なし ☐ あり ( ☐ 手術、☐ 化学療法、☐ 放射線療法、☐ IVR、☐ その他 )

患者に対する説明内容 ( )

貴院がんセンターの実施 ☐ 実施 ☐ 未実施

当センター医師への事前相談 ☐ あり (医師名: ) ☐ なし

現在までの経過:

診察方法についての患者さんの希望

☐ 対面診察 ☐ オンライン診察 ☐ どちらでも可

オンライン診察をご希望の場合は、事前に保険証・クレジットカード番号などの登録が必要です

オンライン診察・対面診察のどちらとも、紹介状や検査資料などは事前に直接当センター 医事課にご送付ください

兵庫県立粒子線医療センターあて

<http://www.hibmc.shingu.hyogo.jp/>