**東札幌病院 放射線科受診予約者 情報用紙**

下記の内容を記入の上、東札幌病院放射線科あてにＦＡＸをお願いします。

折り返し予約日時をご連絡致します。

**【放射線科　ＦＡＸ：823-9566】**

１）氏名（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

２）生年月日（明治　大正　昭和　平成）　　　年　　月　　日生

３）電話番号（　　　　）　　　　　　－

　　携帯番号（　　　　）　　　　　　－

４）東札幌病院受診歴の有無（無・有）

５）移動方法：歩行　杖　車椅子　ストレッチャー

６）感染症の有無（無・有）

７）ペースメーカーの有無（無・有）　ありの場合：機種（　　　　　　　　　　）

８）放射線治療歴の有無（無・有）

　　　　　＊ありの場合　　・いつ頃

　　　　　　　　　　　　　・部位

　　　　　　　　　　　　　・施設名

照射録など資料もご持参下さい

９）外来通院治療か入院治療か（外来通院・入院）

依頼元病院名：

担当看護師：

電話番号：

医療法人　東札幌病院　放射線科　　℡：（０１１）８１２－２３１１（代）