**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）