

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 : _____