

# 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 : \_\_\_\_\_