**放射線治療依頼書\_乳房温存術後照射**

**（診療情報提供書）**

患者氏名：

生年月日：　　　　　　　　　　　　　年齢：

1. **診断：**
2. **手術：**　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　　月　　　日）
3. **病理：**

《記載例：Ｒ/Ｃ　Sci.ca　1.5cm、ly１、v0、ER+、PgR－、HER2－、pN１(1/3)　T1N1M0　stageⅡA》

1. **断端**：　[ ] 陽性　　[ ] 陰性
2. **希望照射部位**：[ ] 残存乳房　　[ ] 胸壁

　　　　　[ ] リンパ節　（[ ] 腋窩　[ ] 鎖骨下　[ ] 胸骨傍　[ ] 鎖骨上）

　　　　　[ ] その他

６）　**化学療法：**[ ] なし　[ ] あり　治療内容

　　　**放射線治療歴：**[ ] なし　[ ] 取り寄せ済み　[ ] 取り寄せ中

７）　**特記事項：**

**【病理報告レポートを添付してください】**

　年　　　　月　　　　日

病院名：

主治医：