**放射線治療依頼書（診療情報提供書）**

患者氏名：

生年月日：　　　　　　　　　　　　　年齢：

既往と原病

|  |
| --- |
|  |

病状説明内容

|  |
| --- |
|  |

既治療歴

手術　なし　あり（日付、術式等）

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 術　式 |
|  |  |
|  |  |

化学療法　なし　あり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 | 薬剤 | dose |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

放射線治療　なし　取り寄せ済み　取り寄せ中

（放射線治療がある場合、治療実施病院からの照射録・線量分布図などの資料の取り寄せをお願い致します。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 部位 | 線量 | 治療実施病院 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

併用予定化学療法　　なし　あり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 | 薬剤 | dose |
|  |  |  |
|  |  |  |

放射線治療終了後の治療予定

|  |
| --- |
|  |

　 　年　　　月　　　日

病院名：

主治医：