**FAX送信票診療予約（放射線治療）申込票**

**送信日　　令和　　　年　　月　　日**

**送信元**

**医療機関名：**

**所在地：**

**電話番号：**

**FAX番号：**

**医師氏名：**

**連絡担当者：**

**【患者情報】 ※ 太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | 生年月日 | 大正・昭和  平成・令和 | | 年　　月　　日　　　歳 |
| 氏　名  (旧姓：　　) | 様 | | 男・女 |
| 住所 | |  | | | | | |
| 電話 | （　　　） | | | 東札幌病院  受診歴 | | 無・有（　　　　　　科） | |
| 携帯番号 | （　　　） | | | 来院時の状態 | | 歩行可・車イス・  ストレッチャー | |
| 傷病名(主訴)  紹介目的 |  | | | | | | |
| ペースメーカー | 無　・　有（機種：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 放射線治療 | 無　・　有　いつ頃：　　　　　　　月頃　　部位：  施設名：  　　　　　※放射照射録など資料もご持参ください | | | | | | |
| 受診希望日 | 第１希望 | | 令和　　　年　　月　　日　（　月・火・木・金　） | | | | |
|  | 第2希望 | | 令和　　　年　　月　　日　（　月・火・木・金　） | | | | |
|  | 第3希望 | | 令和　　　年　　月　　日　（　月・火・木・金　） | | | | |
| 当院受診時に貴院入院中ですか？ 　　　はい　・　いいえ  「はい」の場合　→ 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。  患者の状況　　１，外来で返事を待っている　　２，帰宅済み（紹介元医療機関から連絡） | | | | | | | |