

## 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<br>平成・令和 | 年 月 日 歳     |
| 氏 名<br>(旧姓： )                                                                                                   | 様                                               | 男・女          |                     |      |                |             |
| 住所                                                                                                              |                                                 |              |                     |      |                |             |
| 電話                                                                                                              | ( )                                             | 東札幌病院<br>受診歴 | 無・有 ( )             | 科)   |                |             |
| 携帯番号                                                                                                            | ( )                                             | 来院時の状態       | 歩行可・車イス・<br>ストレッチャー |      |                |             |
| 傷病名(主訴)<br>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：<br>施設名：<br>※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<br>「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。<br>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) |                                                 |              |                     |      |                |             |