

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	《方法》 ☐ 通院 ☐ 入院				
	☒ 診療情報提供書を添付して下さい				
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： ※放射線照射録の有無： 無 ・ 有 (有の場合は必ずご持参ください。)				
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。 ※通院をご希望の場合は、放射線治療室担当者よりご本人と日程調整させていただきますので、ご帰宅いただきますようお願いいたします。 ※入院をご希望の場合は、地域連携室より医療機関の御担当者様へご連絡させていただきます。					