

放射線治療科 専用

宇治徳洲会病院 診察・検査依頼用紙

○医療機関名

○医師名

先生

○FAX 送信者

○電話番号

()

○FAX 番号

()

宇治徳洲会病院 地域医療連携室

FAX:0774-25-2827

TEL:0774-25-2871

平日(受付時間 24時間対応※19:00以降は翌日対応)
土曜(受付時間 24時間対応※12:30以降は月曜日対応)

平日(受付時間 8:30~19:00は地域連携室 19:00以降は医事課)
土曜(受付時間 8:30~12:30は地域連携室 12:30以降は医事課)

患者様情報

フリガナ			生年月日
患者氏名	(旧姓)	男 女	T・S・H 年 月 日生
住所	(〒 -)		電話番号 - -

診察依頼

病名(必須)			
希望日時	① 月 日 : 時頃(午前のみ予約可)	② 月 日 : 時頃(午前のみ予約可)	
担当医	(放射線治療)科 ()医師 ←医師の指定がない場合は未記入で結構です		

放射線治療の送迎について

当科では、放射線治療(照射)を受ける患者さんに関して、ご希望に応じてご自宅や職場への送迎を行っております。

