

診察依頼用紙

お問い合わせ

FAX

0774-25-2827

TEL:0774-25-2871(地域連携室直通)

平日 8:30~19:00/土曜日 8:30~12:30

紹介状・チェックリストが出来次第FAX送信をお願いします。

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	T S H R	年	月	日
	患者氏名	旧姓 ()						
	住所	〒 - tel:						

診察依頼	傷病名						
	紹介目的	受診日までに診療情報提供書・チェックリストのFAXをお願いします。					
	診療科	放射線治療科 () 医師					
	希望日	第一希望: 月 日 第二希望: 月 日 <input type="checkbox"/> 指定無し					

放射線治療の施行時間	9:00 ~ 17:00
放射線治療のご送迎	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。



医療機関名:	医師名:	
TEL:	FAX:	送信者:

放射線治療 チェックリスト

ご予約を頂いた医療機関の方へ

宇治徳洲会病院 地域医療連携室 FAX

0774-25-2827

予約日までに記載し事前FAXをお願い致します

放射線治療をご依頼頂くに当たっての留意点

[患者氏名] _____ [生年月日] _____

A) 放射線外来受診時（または放射線治療計画時）に必要なもの

1) 紹介状と、この FAX

紹介状への記載事項（患者様への癌告知などのインフォームドコンセントの内容
最近のまたは、放射線治療と併用となる予定の化学療法の内容、簡単な経過などについて）
お書きください。

2) 腫瘍の範囲が把握可能な最近の画像（造影CT、MRI、骨シンチ、PET等）

3) ご家族の同伴（治療医によるインフォームドコンセント、同意書記入のため）

B) 下記項目をご記入頂き、本用紙を紹介状と共に同封下さい。

1) 放射線治療歴（幼少期～現在まで）

☐ 無

☐ 有（下に御記入下さい）

部位：

照射期間：

総線量：

グレイ（Gy）

治療施設名：

（同一部位への再度の照射は、副作用等の重篤な合併症を招く恐れがあります。

重要な情報ですので、チェックを宜しくお願いします。）

2) 組織の採取方法・時期：☐ 手術 ☐ 生検 ☐ 細胞診（ 年 月 ）

癌の組織型：

組織の採取部位：

3) 手術時の断端陽性や、遺残腫瘍の情報

☐ 無

☐ 有（具体的に御記入を）

4) 禁忌事項：

心臓ペースメーカーの有無：☐ 無 ☐ 有

・（照射部位と離れていても散乱線によりペースメーカーに故障等の重大な障害が起きます。

照射時には、当院の心臓血管内科医・臨床工学技師の協力を得ています）

・放射線治療時、ペースメーカー手帳を、持参ください

放射線治療と同時併用を避けるべき、抗腫瘍薬剤・分子標的薬剤・免疫チェックポイント阻害薬の使用

☐ 無

☐ 有（該当薬剤名と、最終投与日を御記入ください）

5) 同時併用化学放射線療法の場合：化学療法を当院へ依頼される場合は、必ず当院の地域連携室に別途御連絡下さい。化学療法が可能かについて、当該科の窓口の医師へ連絡のうえ、同科を受診して頂きます。

6) その他、放射線治療にあたっての要望があれば、ご記載下さい