

# 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

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)

TEL:0774-25-2871

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

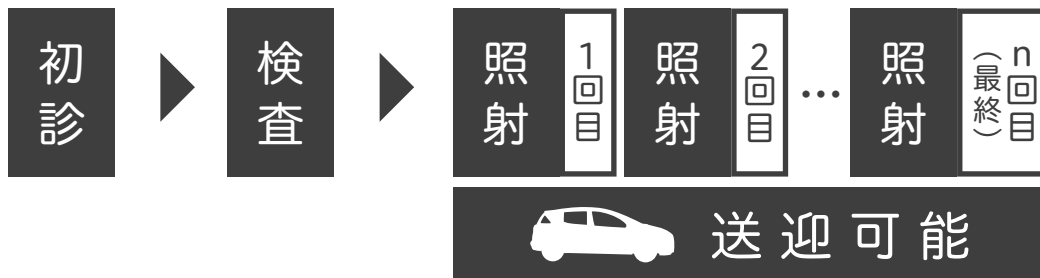
フリガナ			生年月日
患者氏名	(旧姓)	男 女	T・S・H 年 月 日生
住所	(〒 - )		電話番号 - -

### 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。



医療法人 徳洲会

宇治徳洲会病院

Uji-TOKUSHUKAI MEDICAL CENTER

# 放射線治療 チェックリスト

宇治徳洲会病院 地域医療連携室 FAX

0774-25-2827

予約日までに事前 FAX お願い致します

[患者氏名]

[生年月日]

## 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）に必要となる物

#### 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