

放射線治療科申込書

府中病院

地域医療連携室

T E L : 0725-40-2147

F A X : 0725-40-2148

施設名		電話番号	
医師名		F A X 番号	

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	大・昭 平・令	年	月 日 (歳)
住 所	〒 -		電話番号		

診療科	放射線治療科	希望医師名	
-----	--------	-------	--

診療情報提供書（検査データ等）と乳がん登録シートの原本は当日当院へお持ち下さい。

受診目的	(病名・症状)
------	---------

☐過去の照射歴 有・無 (有の場合 線量分布・照射記録・放射線関連画像)

☐夜間照射希望(乳腺のみ) 有・無 (有の場合 希望時間 :)

※受付時間17:00~18:30

<備考> ご希望日やご都合の悪い日をございましたらご記入ください。

お申し込み時はこの用紙と診療情報提供書（検査データ等）及び乳がん登録シート（乳腺のみ）を地域医療連携室にFAXをお願いいたします。

【FAX受付時間】（月～金）9：00～20：00 （土）9：00～17：00 ※祝日除く
17：00以降のお申し込みは翌日以降のお返事になる場合がございます。

2022年10月27日改訂