

診療情報提供書

年 月 日

府中病院

放射線治療センター

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

| | | | |
|---|--|---|------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 (歳) |
| 患者住所 | 電話番号： | | |
| 紹介目的 | | | |
| 主訴及び傷病名 | | | |
| 臨床病期 | T () | N () | M () |
| STAGE | 期 | | |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> 歩行可 (自立) <input type="checkbox"/> 歩行可 (介助) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | |
| 告知 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (患者への説明：) | | |
| 既往歴及び 家族歴 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血・骨髄機能障害 <input type="checkbox"/> 心肺肝機能障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 不随運動を伴う神経系疾患 <input type="checkbox"/> 脂質機能異常 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植込み その他 () | | |
| 嗜好 | | 薬物アレルギー | |
| 処方 | | | |
| 現病歴および 現症検査所見 症状経過 治療経過等 備考 | | | |

ご不明な点ございましたら、府中病院 放射線治療センター(TEL;0725-43-1234) または、
府中病院 地域医療連携室(TEL;0725-40-2147、FAX;0725-40-2148)までご連絡下さい。

2023年10月15日改訂