

# FAX送信票/受診予約申込書 (FAX番号 : 06-6947-3211)

**【送信先】**

**大阪重粒子線センター**

〒540-0008  
住 所 大阪府大阪市中央区大手前3-1-10

電 話 番 号 06-6947-3210

FAX 番 号 06-6947-3211

ホームページ <https://www.osaka-himak.or.jp/>

受 付 時 間 平日 9:00AM~17:00PM

休 診 日 土日祝及び年末年始

送 信 日	年	月	日
送 信 元 情 報			
医 療 機 関 名			
住 所	〒		
電 話 番 号			
FAX 番 号			
医 師 氏 名			
診 療 科			
送 信 者			

フリガナ	セイ	メイ
患者氏名	姓	名
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	性別
	年      月      日 (      歳)	
現住所	〒	
電話番号	-	携帯番号
FAX番号	-	-

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診察 (重粒子線治療が可能かの判断も含む診察となります。) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院患者 (DPC: 対象 ・ 非対象 ) (施行曜日:      月      ・ 火      ・ 水      ・ 木      ・ 金 ) <input type="checkbox"/> 透析中 (施行時間帯:      午前      ・ 午後      )		
歩行状態	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行可		
体内金属	<input type="checkbox"/> あり (                                      ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
人工内耳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり (                                      ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
その他薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり (                                      ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

# FAX送信票/受診予約申込書 (FAX番号 : 06-6947-3211)

予約連絡先	<input type="checkbox"/> 医療機関 ( <input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 看護師 ・ <input type="checkbox"/> 地域医療連携室 ) (ご担当者様氏名 : )
来院不可日	<input type="checkbox"/> 特になし 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 終日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 終日

## <予約方法>

- ① 「FAX送信票/受診予約申込書」にご記入の上、「診療情報提供書(紹介状)」と共に当センター宛にFAXをお願い致します。  
FAX到着後、当センターからお電話いたします。



- ② ①が届き、症例カンファレンス後にご予約日確定し、予約票をFAXさせていただきます。  
(予約日時確定にお時間を要するので、患者様には後日、予約票をお渡し願います。)



- ③ 「診療情報提供書(紹介状)」の原本や画像CD-R等を当センター宛にご郵送下さい。

お手数ですが、遅くとも、患者様が当センターを受診される日の2日前には届くようお願い致します。

ご郵送いただきたい情報は下記の通りです。

- 診療情報提供書(紹介状)
- 病理所見
- 画像CD-R(腫瘍の経時的変化が分かる画像検査:CT/MRI/RI/PETのCD-R)
- 画像読影所見(腫瘍の経時的変化が分かる画像検査:CT/MRI/RI/PETの読影所見)
- 採血結果(腫瘍マーカーの推移、直近の尿素窒素・クレアチニンの値、感染症に関する情報がわかる採血結果)
- 呼吸機能検査結果(※肺がんの患者様のみ)

- 
- 手術記録及び病理所見のコピー(※手術歴のある場合はご郵送下さい。)

- 放射線治療に関する情報(※放射線治療歴のある場合はご郵送下さい。)

照射録・線量分布図・CD-R: DICOM-RT (①CT data set ②Structure data set ③Dose data set)

- ペースメーカー手帳のコピー(※ペースメカを植込まれている場合はご郵送下さい。)

製造メーカー・型番・シリアル番号等がわかる情報

## <受診日に患者様にご持参いただきたいもの>

- 保険証
- 内服薬の内容がわかるもの(お薬手帳など)