

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"/> 西暦
	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"/> 重粒子線治療 <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)」等と共に当センター宛にFAXとお電話をお願い致します。



② ①が届き、当センターのカンファレンス後に、ご予約のご担当者様に受診日のご連絡を差し上げます。予約票をFAXさせていただきますので、患者様にお渡し下さい。



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日前には届くようをお願い致します。

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
- 病理プレパラート(※前立腺がん患者様のみ)
- 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)