

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	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"/> 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)
治療歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 分子標的治療薬 <input type="checkbox"/> 免疫チェックポイント阻害剤 <input type="checkbox"/> ホルモン治療
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり 薬品【 】 造影剤【 】 食品【 】 その他【 】 <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 (医師 ・ 看護師 ・ 地域医療連携室) (ご担当者様氏名 :) <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 (氏名 :) (続柄 :) (電話 : - -)
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とお電話をお願い致します。



- ② ①が届き次第、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)
 - 画像CD-R及び読影所見(腫瘍の経時的変化が分かる画像検査のCD-R及び読影所見)
 - 骨シンチの結果(前立腺がん)
 - 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)
 - 病理所見のコピー及びプレパラート
-
- 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(※ペースメー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)