

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)