

放射線治療依頼用

FAX送信用 03-5273-6943(放射線診療部門 放射線治療受付)

※FAXによる放射線治療の申込は、必要事項をご記入の上、上記番号に送信お願い致します。

放射線治療依頼兼診療情報提供書(FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。1 無 2 有 →登録番号

フリガナ 患者氏名		男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳
患者住所			
電話番号(連絡先)			
診察希望日	※水曜日以外のいずれかで、御希望の日付を以下にお書き下さい。		
	(第1希望) 平成 年 月 日 ()		
	(第2希望) 平成 年 月 日 ()		
(第3希望) 平成 年 月 日 ()			
ご依頼医療機関名	_____		
医師名(印)	_____ 印		
所在地	〒 _____		
TEL / FAX	TEL _____ FAX _____		
放射線治療 必要書類等	※診察時ご持参いただくもの <input type="checkbox"/> 保険証*公費負担の方は「医療証」もご持参ください。 <input type="checkbox"/> 放射線治療依頼兼診療情報提供書(FAX送信用) <input type="checkbox"/> 問診票、予約票 <input type="checkbox"/> 参照画像(CT、MRI画像 等)		
放射線治療目的及び臨床情報(治療計画に必要です。詳しくご記入お願い致します。)			
※過去に放射線治療歴はございますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____、時期: _____ 年 月)			

【問い合わせ先】

独立行政法人 国立国際医療研究センター病院 放射線診療部 放射線治療受付
 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
 直通 03(5273)5244
 代表 03(3202)7181 内線2640