

診療情報提供書（放射線治療用）

予約の際は、地域医療連携室 TEL.03-3967-1181(内線：3151)にご連絡ください。
診療情報提供書につきましては、事前に板橋中央総合病院まで1部FAXの送信をお願い致します。
診療情報提供書の原本は患者さまにお渡し頂き、
診察当日にC館1階「地域医療連携室」にご提示いただけますようお願いいたします。

FAX.03-5914-3222

板橋中央総合病院 放射線科治療センター 行

ふりがな	性別		
患者氏名	男	女	
生年月日	明・	大・	昭・
	平		
	年	月	日（歳）
TEL			
移動方法			
歩行可（完全自立・要介助）			
車椅子	ストレッチャー		

紹介医療機関名	
診療科	入院中 科 外来
主治医	
TEL	FAX

告知	告知済	未告知
未告知の場合患者への説明		

臨床診断： _____

診断確定日： _____

臨床病期： _____ T N M Stage : _____

組織診断： _____ 照射部位： _____

放射線治療目的： 根治照射 術前照射 術後照射 緩和照射 再照射
希望する照射方法： リニアック サイバーナイフ 当院に判断を依頼

既往治療：（放射線治療、手術、化学療法の既往歴）

合併症： 無 有
（合併症がある場合のみ記入してください。）

臨床経過