

FAX : 072-809-5771



社会医療法人 美杉会 佐藤病院
高精度放射線治療センター

【放射線治療依頼状・診療情報提供書】

地域医療連携室 TEL 072-809-5770 に電話で御予約いただいた後、
本依頼状を記入の上 FAX して下さい。

予約日時 月 日 :

地域医療連携室 行

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

紹介医療機関名 病院・クリニック・診療所	
診療科 科	外来・入院 病棟
主治医	
TEL	FAX
告知	☐ 告知済 ☐ 未告知
未告知の場合の患者への説明	

臨床診断 : _____

病理組織診断 : _____

臨床病期 : T N M
N 部位 : _____
M 部位 : _____

治療目的 ☐ 根治 ☐ 術後予防照射 ☐ 姑息 ☐ 対症
その他・備考

傷病名 : 臨床経過 :

既往治療（放射線治療・手術・化学療法の既往等）:

合併症 : ☐無 ☐有 []



社会医療法人美杉会 佐藤病院
高精度放射線治療センター

〒573-1124 大阪府枚方市養父東町 65-1
TEL 072(809)5770 FAX 072(809)5771