

血管内治療科患者紹介用 FAX 送信先072-632-7917

(医療情報提供書)

医療法人 恵仁会 田中病院 宛

※主治医への返信は翌日(休日を除く)になります。翌日に届いていない場合はご連絡下さい。

受診希望日 令和 年 月 日(月) ※毎週月曜日 月曜日祝日の場合は休診

送信日 年 月 日

紹介元医療機関情報	医療機関名		
	住所		
	電話番号	TEL	FAX
	診療科・医師名	科	先生
	取次部署・担当者名		

患者様情報	フリガナ		男・女	生年月日
	氏名			大・昭 年 月 日 平・令 ( 歳)
	住所	〒		
	電話番号			
	主訴		診断名	
	病理学的診断	]		
	TNM分類	T	N	M Stage 不明
	最近の血液データ	検査日	月	日 WBC: Plt: Hb: クレアチニン値:
	合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内容( ) ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり	
	現在までの癌治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> IVR <input type="checkbox"/> その他)		
	患者様に対する説明内容			
	現在までの経過:			
	医師への事前相談 <input type="checkbox"/> あり(医師名 ) <input type="checkbox"/> なし			

問い合わせ先:  
 医療法人 恵仁会 田中病院 TEL:072-635-5831(代表) FAX:072-632-7917  
<http://www.tanaka-hsp.or.jp/>  
 兵庫県立粒子線医療センター TEL:0791-58-0100(代表) FAX:0791-58-2600  
<http://www.hibmc.shingu.hyogo.jp/>