

放射線治療 事前診療申込書 (FAX専用)

年 月 日

北福島医療センター
地域医療連携室 行

FAX 024-551-0104

TEL 024-551-0101

※ お申込み受付時間 月～金 8:30～17:30
土曜日 8:30～12:30

【紹介元医療機関】

名称及び住所	医師名
	TEL ()
	FAX ()

【患者様情報】

フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生
患者氏名					
住 所	連絡先 () ()				
傷病名	外来通院中・入院中				
紹介目的及び情報					

※ 下記の資料がございましたら診療情報提供書に添付願います。

・CT ・MRI ・RI (骨) ・生検の病理結果 ・PSA の推移

※ 事前に診療情報提供書 (DVD 含む) の原本は郵送お願いいたします。

【受診希望日】

新患予約は、 <u>月曜日</u> <u>水曜日</u> <u>木曜日</u> になりますので、 ご希望の曜日がございましたらご記入ください。 月曜日 午前 ・ 午後 (第 希望) 水曜日 午前 ・ 午後 (第 希望) 木曜日 午前 ・ 午後 (第 希望) ※ご都合の悪いお日にちがございましたら、ご記入下さい。 ※ご希望に添えない場合がありますので、ご了承下さい。
