

新規・No.	—	—
最終来院日	年	月 日

* 当院記入欄

温熱療療法(ハイパ-サーミア) 診療情報提供書

20 年 月 日

医療法人 信和会

紹介状送付先【TEL・FAX】(0798)47-1816 直通

明和がんセンタークリニック

放射線治療科 担当 医師		【医療機関名】			
【第1希望日】 月 日 ()		【所在地】			
【第2希望日】 月 日 ()		【医師名】			
* 第2希望日以降は異なる曜日で複数の希望日をご記入ください		【TEL】 () -			
		【FAX】 () -			
フリガナ					
患者氏名		様 (男・女)			
生年月日 T・S・H・R		年 月 日 歳			
住所 〒					
TEL () -		携帯 () -			
悪性腫瘍診断名					
病理・組織診断					
TNM分類		(c・p) T N M N部位: M部位:			
臨床経過		<input type="checkbox"/> 別紙参照			
患者情報		体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		病名告知 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
		移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		排尿介助 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	
		高温・長時間入浴で意識喪失経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		併用している治療・経過 <input type="checkbox"/> 外科手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> その他()			

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号	.	公費受給者番号	
本人・家族	本人 ・ 家族	負担割合	0割 1割 2割 3割
負担割合	0割 1割 2割 3割	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	外来負担金	円/日まで(月 回)