

放射線治療依頼票 兼 診療情報提供書

				依頼発効日	年 月 日
患者基本情報	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	患者氏名			生年月日	年 月 日 歳
				連絡先番号	
紹介元医療機関			診療科	紹介医師	
臨床診断名				原発臓器	
c/p/r		TNM分類	T N M	病期[Stage]	
N部位				M部位	
告知	本人への説明	<input type="checkbox"/> 告知済	<input type="checkbox"/> 未告知	要約	
放射線照射歴 (線量・部位等)					
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可能(完全自立・要介助)		<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 軽～中度	<input type="checkbox"/> 高度	特記事項	
ペースメーカー、ICD	<input type="checkbox"/> ペースメーカー有		<input type="checkbox"/> ICD有		
合併症、問題点など	<input type="checkbox"/> 合併症有	<input type="checkbox"/> その他問題点			
依頼方針	<input type="checkbox"/> 根治照射		<input type="checkbox"/> 術前照射	<input type="checkbox"/> 術後照射	<input type="checkbox"/> 緩和照射 <input type="checkbox"/> 再照射
同時併用薬物療法					
依頼文(臨床経過、依頼目的・内容)					