

放射線治療診察事前情報提供書

貴医療機関名	病院 診療 クリニック	診療科	担当医師
TEL: ()	FAX: ()		
申込日・平成 年 月 日	予約日・平成 年 月 日	() 午後	時 分

当院 I D									
患者氏名		生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日 () 歳	男・女				
住所	〒 -					TEL ()			

血液型	A ・ B ・ O ・ AB	Rh (+) ・ (-)
身長	c m	
体重	k g	
本人への告知	済 ・ 未	
Primary		
組織		
c, p, r, y, m	T ()	N () M ()
Stage		
P S		
照射部位 1	左 ・ 右 ()	
照射部位 2	左 ・ 右 ()	
放射線治療歴	有 ・ 無	
ご記入者様名		

※当院初診の場合は下記もご記入ください。

《保険証情報》

保険者番号					
記号・番号	・				
続柄	本人・家族	高齢1割・3割			

《公費負担情報》

市町村番号					
受給者番号					
一部負担	円				

《マル福情報》

記号	茨-	番号	
----	----	----	--

可能な限りご記入下さい。
ご提供いただいた情報は診察のみに使用いたします。