

前立腺がん放射線治療用 診療情報提供書

〒243-8571 神奈川県厚木市船子232番地
社会医療法人社団三思会

東名厚木病院 放射線治療科

担当医 _____ 宛

お問い合わせは地域連携室までお願いします

TEL 046-229-1771(代表)

FAX 046-229-1779(直通)

年 月 日

紹介元

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

依頼医師名

印

フリガナ			
患者名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日 年齢 歳
住所			
電話番号		携帯番号	

生検日	年 月 日		
グリソンスコア	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
PSA測定値	ng/mL 以下 以上		
ホルモン療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ホルモン療法 開始日	年 月 日
クリニカルステージ			

備考

お薬手帳のご持参を患者様にお伝えください