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）

2018　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　□ 男　□ 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	□ 2　□ 3　□ 4　□ 5　□ 6　□ 7　□ 8　□ 9　□ 10		
PSA測定値	ng/mL　以下 以上		
ホルモン療法	□ あり　□ 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