



受診予約用 FAX 用紙① 送信先：078-304-7782

神戸低侵襲がん医療センター 地域医療連携室あて

【 紹介目的 】		
<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> 薬物療法（抗がん薬治療）	<input type="checkbox"/> I V R（ポート含む）
<input type="checkbox"/> 内視鏡治療	<input type="checkbox"/> がんリハビリ	<input type="checkbox"/> 口腔ケア・口腔合併症
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> その他
【 予約希望診療科 】		
<input type="checkbox"/> 放射線治療科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 精神神経科	

【 貴施設情報 】

名 称：
住 所：〒
TEL/FAX：TEL（ ） - / FAX（ ） -
診 療 科： 医師名： 担当者名：

【 患者情報 】

氏 名	ふりがな	生 年	明・大	年 月 日（ ）歳
		月 日	昭・平	
	男・女	貴院カルテID		
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
住 所	〒	TEL（ ） -		
		FAX（ ） -		
診断名				
病理学的 診 断	※病理診断レポートは当日紹介状と一緒にご持参ください			

【 診療経過・病状 】

<p>※貴院の紹介状を別紙参照としていただいてもかまいません。 ⇒ <input type="checkbox"/> 別紙参照</p> <p>現在までの経過・既治療歴など</p> <p>ご紹介目的の概要：</p>

※予約希望日があればご記入ください。 予約希望日： 年 月 日（ ）
 ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

お問合せ先：神戸低侵襲がん医療センター Tel:078-304-5480(地域医療連携室:受診予約専用ダイヤル)



受診予約用 FAX②用紙 送信先：078-304-7782

神戸低侵襲がん医療センター 地域医療連携室あて

【既治療歴】 () 内のいずれかに○を, ____に文字・数値をご記入下さい

手術療法・IVR(血管内療法・経皮療法など)の有無:(*ありなし*)

術式 _____ 施行日 ____年__月__日

術式 _____ 施行日 ____年__月__日

再発の有無:(*ありなし*) ありの場合 ⇒ 再発確認日 ____年__月__日

再発部位: 局所・リンパ節・遠隔(臓器: _____)

薬物療法の有無:(*ありなし*)

①レジメン _____ サイクル数__ 開始日 ____年__月__日 終了日 ____年__月__日

各抗がん薬の投与量 _____

②レジメン _____ サイクル数__ 開始日 ____年__月__日 終了日 ____年__月__日

各抗がん薬の投与量 _____

③レジメン _____ サイクル数__ 開始日 ____年__月__日 終了日 ____年__月__日

各抗がん薬の投与量 _____

④レジメン _____ サイクル数__ 開始日 ____年__月__日 終了日 ____年__月__日

各抗がん薬の投与量 _____

放射線療法の有無:(*ありなし*)

部位 _____ 総線量__ Gy/____回 開始日 ____年__月__日~

部位 _____ 総線量__ Gy/____回 開始日 ____年__月__日~

再発の有無:(*ありなし*) ありの場合 ⇒ 再発確認日 ____年__月__日

再発部位: 局所・リンパ節・遠隔(臓器: _____) 照射野との関係(*内外*)

※ 照射録, 線量分布図など照射野が分かる資料をご持参ください

【ご持参いただける資料のチェックリスト】

検査チェックリスト	初発時検査	最新の検査(3ヵ月以内)
病理診断レポート	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	*****
血算・生化学 (マーカー含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
造影CT(部	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定
MRI(部位: _____)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定
骨シンチ検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定
FDG-PET検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予定