

放射線治療申込み用紙

貴院のID _____
 フリガナ _____
 氏名 _____

依頼医療機関名	科
依頼医師	
TEL	

臨床診断	
組織診断	
上記の臨床診断がなされた年月日（貴院、他院を問わず）	
	年 月 日
上記の臨床診断に対して実施された治療（貴院、他院を問わず）	放射線治療歴 有 ・ 無 部位 施行施設名 施行年月
主訴	
患者に対する診断名及び放射線治療の説明内容	悪性病名告知の有無 有 ・ 無
局所所見	
手術所見（ 年 月 日）根治・姑息・試切（腫瘍残存、リンパ節転移）	
遠隔転移所見	腫瘍マーカー（特に前立腺癌） （ 年 月 日）
TNM-Stage 分類	T（ ） N（ ） M（ ） Stage
放射線治療の目的	根治・姑息・対症
治療部位（	）
今後の治療予定内容	
患者の介護に関する記入	介助 必要・不要 一般状態 良好・不良