

放射線治療依頼書

記載日:

フリガナ 氏名		ID		性別	
		生年月日		年齢	
診療科		主治医			

【臨床診断】	【臨床病期】 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> p -T: N: M: Stage:
	【重複癌】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合の内容(部位・時期等)
【新鮮・再発の区別】 <input type="checkbox"/> 新鮮 <input type="checkbox"/> 再発	
【過去の放射線治療歴】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 施設名: 疾患名:	
【告知】 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知 ※説明内容	
【臨床経過】	
【病理診断】 採取日: 診断名: 切除の場合: <input type="checkbox"/> 断端 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
【依頼詳細・放射線治療に関する希望】	