

送信日 (年 月 日)

陽子線治療 患者情報票

送信先 医療連携室 FAX番号 055-989-5623

静岡県立静岡がんセンター

〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007

電話 055-989-5222(代)

紹介患者

氏名 _____ フリガナ _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 (_____ 歳) (男・女)
住所 _____
電話番号 _____ FAX _____

紹介元医師

施設名 _____
診療科 _____ 担当医師名 _____
住所 _____
電話番号 _____ FAX _____
e-mail _____

診療情報

診断名 _____

予定されている治療と日程 _____

持参予定資料 診療情報提供書 画像資料 採血データ 病理標本

* 疾患毎の適応判断に関する情報は疾患別情報提供書にご記入願います。