新潟大学医歯学総合病院　放射線治療科依頼FAX用紙

ふりがな

患者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 年齢　　　歳 | 臨床診断T（　　　）　　N（　　　）　M（　　　）　　　　stage (　　　) |
| 病理診断切除断端( － , + ) ( 部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)リンパ節転移( － , + ) ( 部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 既往放射線治療　　　　　なし　　　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病歴 |
| 今後の併用（予定）療法 |
| 依頼趣旨・希望される放射線治療部位　　　照射目的 ( radical, palliative, pre-op., post-op. ) |
| 備考・注意点 {合併症(糖尿病, 膠原病など)・アレルギー・告知の状況など} |

　　　　ご依頼病院

ご依頼医師　　　　　　　　　　　　　　　　科