

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

臨床診断

年齢 歳

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