

平成 年 月 日

大阪母子医療センター

乳房放射線治療予約申込書

[送信先] 大阪母子医療センター

地域連携（患者支援センター）

FAX: 0725-56-5605

【予備】0725-56-7785（回線混雑時等にご使用ください。）

紹介 医療機関	名称	部署・科 ( )		
	医師名			
	TEL	( )	FAX	( )
患者情報	ふりがな			
	患者氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日生 ( 歳)
	TEL	自宅: ( ) 携帯: ( )	FAX	( )
	照射内容	<input type="checkbox"/> 術後照射 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	依頼部位	<input type="checkbox"/> 残存乳房/胸壁 <input type="checkbox"/> 鎖骨上 <input type="checkbox"/> 傍胸骨 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	臨床病期	<input type="checkbox"/> 術後病期 ( ) <input type="checkbox"/> 原発巣の左右・領域 ( )		
	手術日・術式			
	手術以外の既治療 (化学療法・ホルモン・日程等)			
	放射線照射歴	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	照射期間中の併用療法	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	Boost照射	<input type="checkbox"/> 要 ( ) <input type="checkbox"/> 否		
	照射後の治療予定			
その他				
受診希望日 ※毎週木曜日 午後のみ	平成 年 月 日 (木曜日 午後)			

注) 紹介状は、別途、必要ですので、初診時に患者さんがご持参ください。

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840 初診予約係（患者支援センター）

地方独立行政法人大阪府立病院機構

TEL: 0725-56-9890 (直通)

大阪母子医療センター

0725-56-1220 (代表)