

FAX送信票/受診予約申込書 (FAX番号 : 06-6947-3211)

【送信先】

大阪重粒子線センター

〒540-0008
 住 所 大阪府大阪市中央区大手前3-1-10
 電 話 番 号 06-6947-3210
 FAX 番 号 06-6947-3211 (24時間受信可能)
 ホームページ <https://www.osaka-himak.or.jp/>
 申込受付時間 平日 8:30AM~17:30PM
 休 診 日 土日祝及び年末年始

送 信 日	年	月	日
送 信 元 情 報			
医療機関名			
住 所	〒		
電 話 番 号			
FAX 番 号			
医 師 氏 名			
診 療 科			
送 信 者			

フリガナ	セイ		メイ		
患者氏名	姓		名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	月 日 (歳)				
現住所	〒				
電話番号	-		携帯番号	-	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診察 (重粒子線治療が可能かの判断も含む診察となります) <input type="checkbox"/> 適応判断のみ希望 (診察なし) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン			
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 (<input type="checkbox"/> 院内待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済み) <input type="checkbox"/> 入院患者 (DPC: <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 非対象) <input type="checkbox"/> 透析患者 (施行曜日: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 施行時間帯: 午前 ・ 午後)			
歩行状態	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行可			
体内金属	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
人工内耳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
その他薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
予約連絡先	<input type="checkbox"/> 地域医療連携室 <input type="checkbox"/> 外来受付 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 () (ご担当者様氏名:)			
来院都合	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 希望 () <input type="checkbox"/> 不可 ()			

FAX送信票/受診予約申込書 (FAX番号 : 06-6947-3211)

<予約方法>

- ① 「FAX送信票/受診予約申込書」にご記入の上「診療情報提供書（紹介状）」と「各種検査結果」と共に当センター宛にFAXをお願いいたします。



- ② ご予約日確定後、予約票と問診票等を医療機関ご担当者様宛にFaxいたしますので患者様へお渡し願います。
(予約日時確定に時間を要する場合は当センターより連絡いたします。)



- ③ 「診療情報提供書（紹介状）」「各種検査結果」の原本や画像CD-R等を当センター宛にご郵送ください。

お手数ですが、遅くとも、患者様が当センターを受診される日の2診療日前には届くようをお願いいたします。

ご郵送いただきたい情報は下記の通りです。

- 診療情報提供書（紹介状）
 - 病理所見（プレパラートは不要です）
 - 画像所見とCD-R（1ヶ月以内の直近と腫瘍の経時的変化が分かる画像検査：MRI/CT/RI/PET）
 - 採血結果（腫瘍マーカーの推移、一般採血（肝機能・腎機能項目含む）、感染症に関する情報がわかる採血結果）
 - 呼吸機能検査結果（※肺腫瘍の患者様のみ必須）
-
- 手術記録及び病理所見のコピー（※手術歴のある場合はご郵送ください）
 - 放射線治療に関する情報（※放射線治療歴のある場合はご郵送ください）
照射録・線量分布図・CD-R：DICOM-RT（①CT data set ②Structure data set ③Dose data set）
 - ペースメーカー手帳のコピー（※ペースメーカーを装着した患者様は必須）
製造メーカー・型番・シリアル番号等がわかる情報

<受診日に患者様にご持参いただきたいもの>

- 保険証（医療券、マイナンバーカード等を含む）
- 内服薬の内容がわかるもの（お薬手帳等）
- 予約票
- 記入後の問診票
- 記入後のIPSSアンケート（前立腺癌患者のみ）
- ペースメーカー手帳（該当者のみ）