

## 石切生喜病院 放射線治療 予約依頼書

診察日：	医療機関名：
病名：	医師名：

治療部位：	告知：有 ・ 無
治療開始希望日： ・ 月 日 ・ 早急に ・ 特に希望なし	
抗癌剤併用の有無： ・ 有 ・ 無	
移動一般状態 ・ 歩行可能 ・ 車椅子 ・ 担送	
外来治療の可否： ・ 可 ・ 否	

本予約依頼書に、可能な限り御記入いただき、貴院からの紹介状と共にFAXで御返信をお願い致します。

## ●患者基本情報（当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID:

フリガナ	生年月日
患者氏名 男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日

※患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡しください。

診察日には初診の手続き後に、地域医療連携室へ御案内をいたします。

石切生喜病院 地域医療連携室  
直通TEL： 072-988-3284  
直通FAX： 072-988-3624

予約受付時間（祝日は除く）  
月～金 9：00～19：30  
土 9：00～12：00