



# 仙台総合放射線クリニック

## 【 放射線治療依頼状 】

依頼年月日 年 月 日

サイバーナイフ

リニアック

TEL (022-375-1231) にて予約を取得後、本依頼状を記入して、FAX (022-346-1805) して下さい。

ふりがな 患者氏名	性別 男 ・ 女	依頼：病院・科
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	TEL	科 病棟・外来
移動方法： <input type="checkbox"/> 歩行可(完全自立 要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		主治医 TEL

臨床診断

告知： 済  未  
未告知の場合の患者への説明

病理組織診断： \_\_\_\_\_

臨床病期 

C	T	N	M
P			

 N部位： \_\_\_\_\_  
M部位： \_\_\_\_\_

手術療法  
施行日： \_\_\_\_\_ 年 月 日  
術式： \_\_\_\_\_  根治  非根治  
pT \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ 腫瘍の大きさ \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ cm

臨床経過：

既往治療（放射線治療、化学療法の既往等）

放射線治療上問題となる合併症： 無  有

放射線治療  
依頼事項