

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（日・祝日除く）

月～金 9:00～17:00

土 9:00～12:00