

北里大学病院「前立腺がん」紹介患者事前予約申込書

○北里大学病院記入箇所(記入不要)

北里大学病院	初診	—	—
登録番号	受診有		

以下の太枠内をすべてご記入ください。

○紹介元医療機関記入箇所			
(ふりがな)			
患者氏名	様		
生年月日	M・T S・H	. .	男
現住所	〒		
患者様 連絡先	自宅	—	—
	携帯	—	—
紹介元	ご住所	〒	
	医療機関名		
	診療科		
	電話番号	—	—
○チェック項目			
病名	前立腺癌と診断確定している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
治療目的	<input type="checkbox"/> 放射線密封小線源療法 (SEED・HDR) <input type="checkbox"/> IMRT		
持参品	診療情報提供書	<input type="checkbox"/> あり	
	プレパレート	<input type="checkbox"/> あり	
	画像(CT・MRI・核医学等)	<input type="checkbox"/> あり	

※持参品につきましては**事前にご準備**いただきますようお願いいたします。

※**上記項目をすべてご記載**いただくようお願いいたします。

※ご予約は病診連携室にお電話の上、本申込書を **FAX** していただくようお願いいたします。

北里大学病院 トータルサポートセンター

TEL 042-778-9988

FAX 042-778-9599