

メタストロン治療依頼書(診療情報提供書)

診察予約日時	年	月	日()	午前・午後	時	分
--------	---	---	------	-------	---	---

貴医療機関		診療科	担当医師名
		TEL	
貴院ID		患者連絡先 〒	
ふりがな			
患者氏名	性別 男・女		
生年月日 年 月 日(年齢)		TEL	

診療情報

臨床診断	
臨床経過	
既往歴	
化学療法	最終投与日(年 月 日) 内容
放射線治療	最終照射日(年 月 日) 内容
現在の治療薬	抗癌剤: 分子標的治療薬: カルシウム剤: 骨吸収抑制剤: 鎮痛剤:
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HCV HBV HIV 結核 MRSA その他)
状態	独歩 杖歩行 車椅子
その他	

問合せ先

国立病院機構災害医療センター 〒190-0014 東京都立川市緑町3256

放射線治療室 (TEL) 042-526-5511 内線1187 火～金 9:30～17:00

医療連携室 (TEL) 042-526-5613 (直通) 月～金 8:30～17:00 (FAX) 042-526-5547