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）　　20　　年　　月　　日

北里大学病院 登録番号	初診	―　　―
	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		T・S H・R	・　　・	男
現住所		〒		
患者 連絡先		自宅	―　　―	
		携帯	―　　―	
紹介元	ご住所	〒		担当者 ご氏名
	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 □はい　□いいえ		
治療目的		□放射線密封小線源療法（SEED・HDR） □IMRT		
持参品		診療情報提供書　□あり		
		プレパラート　□あり		
		画像（CT・MRI・核医学等）　□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**ファックス**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

電話 042-778-9988

ファックス 042-778-8235