西新潟中央病院　単回放射線治療　事前調査

スムースに受診していただくために事前に調査・確認させていただきます。ご記入宜しくお願いいたします。

・患者様のお名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・原発巣のがん（いつごろからか） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・照射歴がある場合その部位 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・今回治療すべき部位（大きさが分かればそのサイズ） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・椎体の場合その位置 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・がん以外の疾患で通院治療中である場合その疾患 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・移動方法 □独歩　□車いす　□ストレッチャー

・当院来院時の付き添い可能な方 □家族　□親族　□その他

・最近のＣＴ画像が必要です。
無い場合は撮影しＣＤの送付をお願いいたします。
ＣＴ撮影日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ＣＴ画像は適応判定のため可能な限り最近のＣＤをお送りください。

※以下の場合、単回放射線治療適応外となる可能性がありますのでご了承ください。

・痛みが腫瘍が原因でない場合。
・腫瘍の範囲が特定できない場合。
・自宅療養中の状態が不安定な場合。
・他の疾患で通院頻度が高く急変の可能性がある場合。

年　　月　　日

ご施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ医 記名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿