

依頼日:平成 年 月 日

放射線治療依頼書

福岡徳洲会病院 がん治療センター 放射線治療科

紹介元病院

上原 智 宛

医師氏名

患者基本情報

患者ID	患者氏名	性別	現況	入院病棟
		男性	入院/外来	
生年月日	(明/大/昭/平) 年 月 日生	歳	PS 歩行, 車椅子, ストレッチャ	
意識レベル	ペースメーカー, ICD			
緊急度	(呼吸、脊髄麻痺等の緊急を要する場合)			

疾患情報

臨床診断名			組織型									
病期分類	c /p /r	TNM分類	T				N			M		
			0	1	2	3	4	0	1	2	3	0
病期[Stage]	0期, I期 (IA, IB), II期 (IIA, IIB), III期 (IIIA, IIIB), IV期											
原発臓器	合併症となる病気()											
告知	有 / 無 ()					予後説明の有無			有 / 無			

放射線治療の主な目的 (根治治療/緩和治療)

臨床経過、留意事項

裏面に続く

現在までに行われた治療

外科療法 要約/施行日/根治度/残存部位など

化学療法 要約/施行日/レジメなど

放射線療法 照射歴（線量・部位等）/麻痺の有無など

今後の治療方針

以 上