



# 仙台総合放射線クリニック

## 【 放射線治療依頼状 】

依頼年月日 年 月 日

サイバーナイフ

リニアック

TEL (022-375-1231) にて予約を取得後、本依頼状を記入して、FAX (022-346-1805) して下さい。

ふりがな 患者氏名	性別
生年月日 年 月 日 ( 歳)	TEL
移動方法: <input type="checkbox"/> 歩行可 ( ) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

依頼: 病院・科
科
主治医
TEL

臨床診断

告知:  済  未  
未告知の場合の患者への説明

病理組織診断: \_\_\_\_\_

臨床病期 

C
P

 T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

N 部位: \_\_\_\_\_

M 部位: \_\_\_\_\_

手術療法

施行日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

術式: \_\_\_\_\_  根治  非根治

pT \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ 腫瘍の大きさ \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ cm

臨床経過:

既往治療 (放射線治療、化学療法の既往等)

放射線治療上問題となる合併症:  無  有

放射線治療  
依頼事項