



肺がんセンター 診療予約申込書

作成日: R 7.6

送信日 令和 年 月 日

国立大学法人
高知大学医学部附属病院
予約センター

TEL 088-880-2773(直通)

FAX 088-880-2774(直通)

受付時間: 平日 8:30 ~ 16:30

- 予約日時が決定後、予約票をFAXしますので患者さんにお渡し願います。
- 画像及び画像レポートがある場合は必ずご持参ください。

医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
FAX番号	() -
診療科名	科
医師氏名	
送信部署・送信者	/

希望診療科 ※○で囲んでください ・医師	希望なし ・ 外科 ・ 内科 ・ 放射線治療科 医師	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日
担当医師事前連絡	<input type="checkbox"/> 未 ・ <input type="checkbox"/> 済	ご都合により来院できない日 令和 年 月 日	
紹介目的 / 状況	<input type="checkbox"/> 精密検査 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 診断後初回治療前 <input type="checkbox"/> 治験参加 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 治療中 ()	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中 (通院中の場合はチェック不要)
持参予定の画像検査 ※ <input type="checkbox"/> CD-Rあり <input type="checkbox"/> 画像レポートあり		A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
<input type="checkbox"/> 胸部CT(単純・造影) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(単純・造影)		酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 胸部X-p <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 持参なし		持続点滴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
診断名	<input type="checkbox"/> 肺がん疑い <input type="checkbox"/> 縦隔腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> GGO/GGN <input type="checkbox"/> 中皮腫(疑い) <input type="checkbox"/> 肺がん(NSCLC・SCLC) <input type="checkbox"/> ()	患者状況	(備考)
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> SpO2低下 <input type="checkbox"/> 麻痺	診療情報提供書について	<input type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します

患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓	男女	大・昭平・令 年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -)		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様方) ☎ 携帯 () -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (診察券番号【7桁】: <input type="checkbox"/> 不明)		
主保険	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()		
公費	<input type="checkbox"/> 指定難病有り <input type="checkbox"/> 小児慢性有り <input type="checkbox"/> その他公費有り ()		

※注意点

- ・紹介状(診療情報提供書)を受診前にFAXで送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、予約センターまでご連絡ください。

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分