

苑田会放射線クリニック 行 FAX: 03-5851-5752

〒121-0064 東京都足立区保木間 3-4-19 院長 齋藤勉 TEL 03-5851-5751

診療情報提供書 (兼 放射線治療予約申込書)

ふりがな		ご紹介医療機関名・所在地
患者氏名	男 ・ 女	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		診療科 受持医
TEL		TEL

臨床診断と照射目的：

臨床病期：

病理診断：

告知の有無 告知済 未告知

臨床経過

放射線治療を受ける皆様へ（予約票）

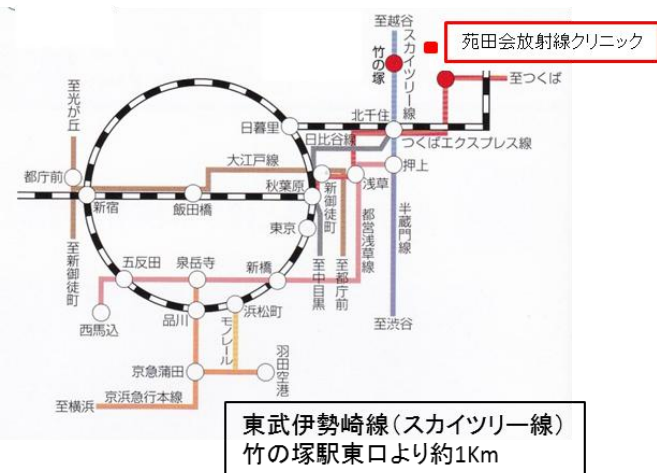
ふりがな	
患者氏名	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

検査日時

平成 年 月 日（ 曜日）
午前・午後 時 分

受診当日にお持ちいただくもの

- 保険証
- 受持ちの先生からお預かりした書類など
- 本票



SROC 苑田会放射線クリニック

TEL: 03-5851-5751 〒121-0064 東京都足立区保木間 3-4-19