

希望する 治 療	放射線治療		
(フリガナ) 患 者 名	()	男・ 女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
住 所			電 話

放射線治療申し込みの手順

1. **当申込書** と ご紹介予定の患者さんの**診療情報提供書** (ご持参されるものの複写) を
墨東病院 診療放射線科受付 FAX **03-3633-6192**
(FAX 受付時間 月～金 8:30～16:00) に **FAX でご送付** ください。
2. FAX を受領次第、当科受付よりご紹介元へ確認のお電話をさせていただきます。
3. **確認のお電話の完了後**、患者さん 又は ご紹介元より
墨東病院 予約センター **03-3633-5511**
(電話受付時間 月～土 8:30～17:00) に **お電話いただき診療日時をご予約** ください。
4. 患者さんは、来院当日に必ず、**診療情報提供書** と **画像データ** をご持参ください。

ご紹介元 医療機関名		住所			
ご担当医		電話		FAX	

※ 診療放射線科受付は病棟地下2階です。
ご不明な点は**診療放射線科受付 03-3633-6151 (代表) 内線 2325** に直接お問い合わせください。