

三重県立総合医療センター 放射線治療の予約流れ

- 1 依頼元医療機関より、地域連携課へ電話依頼をお願いします。
- 2 診療情報提供書とチェックシートを地域連携課（かけはし）へ FAX ください。
チェックシートはホームページから様式をダウンロードください。
または、地域連携課より FAX した様式に記入し FAX 返信ください。



- 3 依頼元医療機関へ受診の日時を決定し予約票を FAX します。



- 4 申込後、受診日までに画像データを下記までお送りください。
〒510-8561 三重県四日市市大字日永 5450-132
三重県立総合医療センター 地域連携課 宛
※受診日までに期間が短い場合は当日患者持参ください。その場合、画像データ取込にかかる待ち時間が生じることをご了承ください。



- 5 紹介患者様専用窓口へお越ください。放射線治療科へご案内します。
※疼痛処置のレスキュー薬処方されている方は持参をお願いします。

【注意事項】

画像データについては過去 1 年程度までは情報として対応可能ですが、1 年以上経過している場合や直近の画像で責任病変がはっきりしない場合は一度受診、計画 CT で代用することを検討いたします。

計画 CT で代用の場合は、責任病変が見つからなかった場合は照射キャンセルとなる可能性があることをご了承ください。

【電話相談窓口ご案内】

有痛性の骨転移あるいは癌病変による出血/滲出液のある患者様に対しての緩和放射線治療を積極的に行っております。

直接、放射線治療医と電話可能な窓口を設けておりますのでご利用ください。

対応日時：月、水～金 平日 9：00-16：00

連絡先：電話 059-345-2321（代表）→ 放射線治療医へ

当院放射線治療医が直接会話し、症状、適応可否、ご希望日時などをうかがいます。

検査した患部の CT および MRI 画像があると、より詳細な検討が可能です。

なお、当該医師が不在の場合には、当院より折り返しご連絡させていただきます。

FAX 送付先 三重県立総合医療センター 地域連携課宛
FAX 059-347-3511

発信者:

放射線治療の事前チェックシート

氏名: 生年月日;

1 原発 →

2 照射希望部位(症状のある部位)

3 抗癌剤/分子標的薬/免疫チェックポイント薬を3ヶ月以内に使用(有・無)

有の場合は → 薬剤の種類:

最終投与日:

次回投与予定日:

★一部の薬剤(血管新生阻害剤など)では、消化管を含む照射の場合には、一時休薬をお願いすることがあります。

4 移動方法(該当するものに○をつけてください)

歩行可能・車椅子・ストレッチャー・その他:

5 照射歴について(有・無)

有の場合は → いつごろ:

どこの病院で:

照射した部位や線量:

6 既往歴

ペースメーカーや植込み型除細動器(有・無)

間質性肺炎(有・無)

その他()

★ペースメーカーや植込み型除細動器、間質性肺炎があっても照射可能なことが多いですが、照射部位が制限される場合や、事前の準備が必要となることがあります。

7 緩和照射目的の方のみ回答ください(該当するものに○をつけてください)

外来を希望 or 入院を希望