山口大学医学部附属病院　患者支援センター　行

申込日（FAX送信日）：　　年　　月　　日

FAX：0836-22-2474

TEL：0836-22-2167

FAX事前予約申込書

【紹介元情報】

医療機関名		医師氏名	
TEL番号		FAX番号	
担当者名	［予約申込担当者が別にいる場合］		

【患者情報】

現在の状況	紹介元医療機関において □ 入院中　□ 通院中	山口大学病院受診歴	□ 有　ＩＤ（診察券の番号）が分かる場合　（　　） □ 無　□ 不明
フリガナ		性　別	□ 男性　□ 女性
氏　名	（旧姓　　）	生年月日	□ 西暦 □ M □ T □ S □ H □ R 年　月　日（　　）歳
住　所	〒　　―		
電話番号	自 宅　―　― 携 帯　―　―		勤務先　―　― その他　―　―
受診希望日	第１：　年　月　日（　）　□ 希望日はないが早めの受診を希望 第２：　年　月　日（　）　□ 都合の悪い日 第３：　年　月　日（　）　（　　）		

【受診希望診療科】

受診を希望する診療科等に☑を付けて下さい。（※診療科名が不明な場合は、外来診療日割表またはホームページをご参照下さい。）

診療科名																																
□ 一般内科	□ 漢方診療科	□ 消化器内科	□ 肝臓内科	□ 胆道膵臓内科	□ 循環器内科	□ 腎臓・高血圧内科	□ 膠原病内科	□ 血液内科	□ 糖尿病・内分泌内科	□ 脳神経内科	□ 呼吸器・感染症内科	□ 心臓血管外科	□ 消化管外科	□ 肝胆膵・移植外科	□ 乳腺・内分泌外科	□ 呼吸器外科	□ 小児外科	□ 脳神経外科	□ 麻酔科蘇生科・ペインクリニック科	□ 泌尿器科	□ 整形外科・リウマチ科	□ 皮膚科	□ 形成外科	□ 眼科	□ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	☑ 歯科口腔外科	□ 産科婦人科	□ 小児科	□ 精神科神経科・心療内科	□ 放射線科	□ 放射線治療科	□ アレルギーセンター
		□ 第一内科				□ 第二内科			□ 第三内科					□□ 第一外科 第二外科																		

医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。 先生	本院の担当医師への事前連絡状況	□ 無 □ 有（　　）先生に連絡済
連絡事項等			

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。予約日時が確定次第、「受診予約票」をFAXでお送りします。

※ **即日受診や入院依頼は直接診療科へ連絡をお願いします。**

※ セカンドオピニオン外来に関する相談は専用窓口にて承っております。（TEL0836-22-2074）

※ 「診療情報提供書」の原本は、「受診予約票」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお伝え下さい。

【山口大学病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診予約票

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診察券番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

受診決定日時 ＿＿年　月　日（　）＿＿　＿＿時　分 ～ 時　分

受診診療科名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　担当医又は専門分野等 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 診察当日は、健康保険証、公費受給者証等、紹介状、検査データ等をC棟1階・②診療受付に提出してください。

※ 診察まで多少お待ちいただくことがあります。ご了承ください。

山口大学医学部附属病院　歯科口腔外科　光免疫療法紹介用紙

患者さんをご紹介くださる際は、毎週火曜日に事前予約を取得されるようお願いいたします。月曜日、または火曜日の口腔腫瘍外来でも対応が可能です。他の曜日をご希望の場合は、別途ご相談ください。

（歯科口腔外科 電話：0836-22-2530）

■口腔がんの治療歴、および光免疫療法の適応を検討された理由をご教示ください。

口腔がん治療歴	□手術　□放射線治療　□化学療法　□　その他（　　）
光免疫療法を検討されている病変	□口腔内病変（　　）、頸部リンパ節（　　） 頸動脈に近接した病変は適応できません コメント
光免疫療法の適応を検討されている理由	□切除不能　□再建後　□口腔多発癌　□その他（　　） 患者様が希望されているのみでは適応できません。 コメント

■ご紹介の目的・今後の治療方針についてお聞かせください。

紹介の目的	□病変の根治・縮小　□疼痛等の症状緩和　□説明のみ　□その他（　　）
治療後の方針	□後療法は自院で行う　□後治療も当院に依頼する　□経過観察のみなら自院で行う コメント
光免疫療法が適応できなかった場合の対応	□自院で加療する　□当院に依頼する　□その他（　　） コメント

■患者様の既往についてご教示ください。

既往歴	
ECOG　PS	
セツキシマブの投与歴	
マダニ咬傷の既往	□あり　□なし
牛肉、豚肉アレルギー	問診では　□あり　□なし　□不明 血液検査で　□評価した（結果：　　）□評価していない

■連絡事項等がございましたらご教示ください。
