

○放射線治療依頼書(別添 Word)に必要事項をご記入してください。放射線治療実施の可否については診断画像が必要になります。診断画像(CT、MRIなど)を DICOM 形式の CD 等に必要な個所のみをコピーし同封して地域医療連携室に郵送してください。

(送付先)

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺 3311-1

自治医科大学附属病院

患者サポートセンター地域医療連携室

○数日後、予約が確定され次第、「紹介患者のお知らせ」(依頼元主治医宛て)と「診療予約票」(患者用)を FAX します。

※「紹介患者のお知らせ」(依頼元主治医宛て)は、貴院から依頼された指示医師にお渡しください。

※「診療予約票」(患者用)は、必ず当院に来院される患者さんにお渡しください。

○予約当日、患者さんが「診療予約票」とマイナンバーカード(又は資格確認書)、診断画像(追加がある場合)などを持参して当院受付「FAX 紹介状提示窓口」に「診療予約票」を提示のうえ、放射線治療受付にお越しくださるよう依頼元でご案内ください。

※「診療予約票」(患者用)の本書を忘れたり、予約時間に遅れないようにご案内ください。万が一予約時間に遅れた場合、再度予約の取り直しになることがありますので、ご留意ください。

#### 【血管内治療のご依頼について】

血管内治療のご依頼については、こちらからは受け付けておりません。

ご依頼内容に応じた診療科にご相談ください。

