診　療　情　報　提　供　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹　介　状 | | | | | |
| 富山県立中央病院 | | | | 申込年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  | 診療科名 | ※　（※この部分は隠し文字設定しています。印刷されません。）  診療科名は当該腫瘍の専門である診療科を記載してください。  例：肺がん　→内科（呼吸器）  　　乳がん　→外科　など | | 所在地 |  |
|  | |  |  |
|  | 担当医 |  | 先生 | 名　称 |  |
|  |  | | | ＴＥＬ |  |
|  |  | | | ＦＡＸ |  |
|  |  | | | 担当医師 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 様 | 生年月日 |
|  | | 男・女 | | 明・大・昭・平　　年　　月　　日生  （　　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴及び家族歴  (がんの既往歴も含む） |  |
| 病状経過及び治療経過  (通常の診療情報提供書でも可） |  |
| 病状説明と患者理解度 |  |
| 患者のＰＳ | ０・１・２・３・４ |
| 現在の処方  （コピーでも可） |  |
| 検査と画像データ  （必須資料） | □病理診断レポート  □最新の画像とレポート  □最新の採血結果 |
| 特記事項 |  |