診 療 情 報 提 供 書

(外来検査)

平成　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター

担当医　　科　　殿

住　所

医療機関名

医師名　　印

電　話（　　）　　－　　Fax（　　）　　－

紹介患者	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日
	氏　名			
	住　所			
	電　話	（　　）　　－	性 別	男 ・ 女
検査希望日		月　　日（　　曜日）	当院受診履歴	あり ・ なし
傷　病　名				
予約希望検査		該当する検査項目を○で囲んでください。 上部消化管内視鏡　・　ＭＲＩ　・　ＣＴ　・　（　　）シンチ ※ＣＴ／ＭＲＩの撮影部位（　　）　PET－CT（頭頂部から大腿部まで）		
病状経過 治療経過		がん告知の有無（ 有 ・ 無 ）　当院でのがん告知の可否（ 可 ・ 否 ）		
検査目的		良悪鑑別 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ 転移検索 ・ その他（　　）		
持参ファイル		ＣＴ ・ ＭＲＩ ・ Ｘ－Ｐ ・ ＲＩ ・ ＵＳ ・ その他（　　）		
現在の処方				

注意すべき合併症： なし・心疾患・緑内障・前立腺肥大・出血傾向・糖尿病・その他（　　）

アレルギーの有無： なし・ヨード・キシロカイン・その他（　　）・詳細不明

感染症の有無： なし・ＨＢＶ・ＨＣＶ・その他（　　）　差し支えない範囲で記入ください

現在の処方	

保険証情報は保険証またはカルテ表書きの FAX でも結構です。

被保険者氏名		保険者番号	
記号・番号	・		本 ・ 家
事業所又は保険者名			
老人保険番号	・		割
公費等記号番号	・		

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。

独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター　がん相談支援・情報センター

Fax（０８９）９９９－１１１５　　**Tel（０８９）９９９－１１１４**