診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

公益財団法人　がん研究会　有明病院

診療科（該当する診療科を○で囲んでください。）

呼吸器（内科・外科）　頭頚科（頭頚部・甲状腺） 消化器内科（食道・胃・大腸・肝胆膵） 消化器外科（食道・胃・大腸・肝胆膵） 乳腺科・婦人科・整形外科・泌尿器科 血液腫瘍科・化学療法科・放射線治療科 ペインクリニック・眼科・総合内科 その他（　　）	貴院の名称： 所在地： TEL： FAX： 所属・医師名

先生　　受診希望日①　　年　　月　　日　②　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日 明治・大正　　年　　月　　日 昭和・平成
患者氏名	様		
住所　（〒　　－　　） TEL　（　　）　　－			
紹介目的：①治療依頼　　②検査依頼（精査）　　③ｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝ（自費） 1.手術　2.放射線治療 3.化学療法　4.その他　　**（がん研病院受診歴　　有　・　無）**			
傷病名（主訴）			
既往歴及び家族歴			
症状経過・検査結果・治療経過			
現在の処方　　抗凝固剤（　　）・抗血小板凝集剤（　　）			
備　　考 資料持参（有・無）　X線フィルム・内視鏡フィルム・病理プレパラート・その他			