〔FAX055-989-5623／TEL055-989-5646〕

紹介状　診療情報提供書（Ⅰ・Ⅱ）　　　　　年　　月　　日

静岡県立静岡がんセンター
　診療科　　　　　　　　　　　　科

　医師名

所在地及び医療機関名	
電話／ＦＡＸ	
Ｅ　メ　ー　ル	
診療科・医師名	㊞

フリガナ		生　年　月　日	性　別
患者氏名	（静岡がんセンター受診歴　あり・なし）	明・大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）	男・女
住　　所	〒		
電話番号		職　　業	

主訴又は病名

紹介の目的（該当項目に○してください。）

※家族のみの受診はできません。ただしセカンドオピニオンに関しては本人の同意があれば可能です。

Ⅰ　診療（**患者本人が来院**）

Ⅱ-i　セカンドオピニオン（**患者本人が来院**）

Ⅱ-ii　セカンドオピニオン（**患者本人以外が来院**：この場合患者本人からの同意書が必要です。）

※患者本人が同意書を書くことができない場合はその理由を具体的に記入してください。

(理　由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

診療・検査希望日（第３希望まで）　　　　月　　日／　　月　　日／　　月　　日／

紹介後の方針に関する要望
患者に対する留意事項

既往歴・家族歴
薬剤アレルギーの有無

現病歴

現症・検査所見・治療経過
現在の処方

備考

医療連携カルテの閲覧　□希望する　□希望しない　＊がんセンターHP 掲載の利用規程をご確認のうえで✓願います。

添付資料等　□画像診断フィルム　□検査結果表　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

「３検査依頼」の場合は、原則として報告書に画像フィルム、読影レポートを添付し郵送で結果をお返しします。