

[FAX055-989-5623/TEL055-989-5646]

紹介状 診療情報提供書 (I)

年 月 日

静岡県立静岡がんセンター  
診療科 ※不明時は記載不要

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	⑩

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		
<p>診療・検査希望日 (第3希望まで) 月 日 / 月 日 / 月 日 /</p> <p>主訴又は病名</p> <p>現病歴</p> <p>紹介目的(検査依頼の場合は、報告書に画像フィルム、読影レポートを郵送で結果をお返しします)</p> <p>既往歴・家族歴</p> <p>薬剤アレルギーの有無</p> <p>現在の処方</p> <p>備考</p> <p>医療連携カルテの閲覧 <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない          ＊がんセンターHP 診療案内の地域連携室タブ内「医療連携カルテ閲覧システム利用規定」をご確認ください          ＊セカンドオピニオン目的でご紹介の場合は、セカンドオピニオン用診療情報提供書をご利用ください</p>					
<p>添付資料等 <input type="checkbox"/>画像診断フィルム <input type="checkbox"/>レポート <input type="checkbox"/>診断病理標本 <input type="checkbox"/> そのほか</p>					