

〔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	(印)

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	

診療・検査希望日（第3希望まで）  
主訴又は病名

月 日／月 日／月 日／

現病歴

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)

既往歴・家族歴

薬剤アレルギーの有無

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 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

添付資料等 画像診断フィルム レポート 診断病理標本  その他