

検診センターからの診療情報提供書

(神奈川県立がんセンター紹介用)

_____年 月 日

◆ 紹介元

医師名 : _____
施設名 : _____
所在地 : _____
TEL : _____ FAX : _____

検診で異常値がみられましたので、精査目的にて下記の患者さんを紹介させていただきます。

フリガナ		生年月日 (明治・大正・昭和・平成)
患者氏名	男・女	年 月 日
患者住所	〒 _____	
電話番号	(_____) _____	

◆ 当センターの受診希望科

- 消化器内科 (消化管) 消化器内科 (肝胆膵) 呼吸器内科 血液・腫瘍内科
婦人科 泌尿器科 乳腺内分泌外科 その他 (_____)

◆ 資料

- 同封・添付資料 (あり・なし)
本人持参資料 (あり・なし)

◆ その他 (コメント・ご要望など)

