診療情報提供書（連携医療機関→計画策定病院）

　年　　　月　　　日

紹介先医療機関名

　　　担当医師 科 先生　侍史

紹介元医療機関の所在地：

 名称：

 電話番号　　　　　　　　ＦＡＸ

 診療科名

 医師氏名 印

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　殿　性別　男・女患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号生年月日　　明・大・昭・平　 　年　　　月　　　日（　　）歳　　職業 |

【　傷　病　名　】前立腺癌

【紹　介　目　的】連携パスの御報告

【既往歴及び家族歴】

【病状経過及び検査結果】

　平素より大変お世話になっております。

　鳥取県東部前立腺がん地域連携パスで連携診療している患者様の検査結果と臨床経過を報告します。

　経過確認とともに胸部～骨盤部CTによる評価をお願いいたします。

【現在の処方】

【画像・検査データ添付 （ あり・ なし ）】