

診療情報提供書（膵がん早期発見プロジェクト予約票）

令和 年 月 日

社会医療法人恵和会 帯広中央病院
地域連携室御中

医療機関名

〒080-0017

医師氏名

印

帯広市西7条南8丁目1番地3号

地域連携室直通FAX (0155)67-5791

住所

地域連携室直通TEL (0155)67-5638

電話

代表TEL (0155)24-2200

FAX

フリガナ		生年	明・大・昭・平・令	性別	男・女
患者氏名		月日	年 月 日 (歳)		
患者住所					
電話番号	自宅 ()		携帯 ()		

傷病名・紹介目的	<input type="checkbox"/> 膵がん疑い	<input type="checkbox"/> 膵がん早期発見チェックリスト陽性
既往歴および家族歴		
予約希望日	<input type="checkbox"/> 至急	<input type="checkbox"/> 1週間以内
	<input type="checkbox"/> 希望指定日/	月 日
消化器内科担当医外来	月・水・木・金曜日	当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

▼膵がん早期発見チェックリスト▼		※下記チェック項目が一つでも陽性ならご紹介下さい	
臨床症状	<input type="checkbox"/> 黄疸	血液検査	<input type="checkbox"/> 肝胆道系酵素上昇
	<input type="checkbox"/> 内視鏡で原因不明の上腹部痛・背部痛		<input type="checkbox"/> 膵酵素上昇
家族歴	<input type="checkbox"/> 膵がんの家族歴	エコー検査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 (CEA、CA19-9)
膵炎の既往	<input type="checkbox"/> 急性膵炎、慢性膵炎		<input type="checkbox"/> 膵管拡張 <input type="checkbox"/> 膵嚢胞
糖尿病	<input type="checkbox"/> 初発発症 <input type="checkbox"/> 急速な悪化		<input type="checkbox"/> 膵石灰化 <input type="checkbox"/> 膵腫瘍
		アプリ	<input type="checkbox"/> 描出不良
			<input type="checkbox"/> 高リスク判定
病状経過 治療経過 処方内容			

患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可能	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
要望 留意事項等			

画像持参の有無	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-Rとフィルム	<input type="checkbox"/> なし
---------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-----------------------------