

診療情報提供書(がん地域連携パス用)

小牧市民病院長 様

予約方法を選択ください。

- 直接、依頼医が予約調整します。
- 後日、患者さんが電話予約します。
- 予約取得済み

紹介日	平成 年 月 日			
医療機関名				
紹介医師名				印
TEL	-	-	FAX	-

下記患者さんについて、診察予約を申し込みます。

ふりがな					生年月日						
氏名					様	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治 年 月 日生					
小牧市民病院のID番号											
予約なしの場合	予約希望日	第1希望	平成	年	月	日 ()	第2希望	平成	年	月	日 ()
	紹介先医師	科				医師			<input type="checkbox"/> 医師指定なし		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 1) 術後病診連携パス 定期受診 <input type="checkbox"/> 2) 術後病診連携パス 異常時受診 <input type="checkbox"/> 3) その他 ()										
1),2) について 病状経過	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 ()										
3) について 臨床所見等											