千葉メディカルセンター　消化器外科（癌診療用）　診療情報提供書（紹介状）

年　　月　　日

千葉メディカルセンター
消化器外科

先生　御侍史

名称

住所

電話　　FAX

医師名　　印

フリガナ		性別	□男　□女	年齢	歳
患者氏名		生年月日	年　　月　　日		
当院受診歴：　□無　□有　当院の診察券番号：					
主訴又は病名・病状	□胃癌　□胃粘膜下腫瘍　□盲腸癌　□上行結腸癌　□横行結腸癌 □下行結腸癌　□S状結腸癌　□直腸癌　□肝臓癌　□胆管癌 □膵臓癌　その他（　　）				
	□有 □無 嘔吐　□有 □無 嘔気　□有 □無 下痢　□有 □無 腹部膨満　□有 □無 黄疸 便　性状（　　）				
既往歴	□脂質異常症　□高尿酸血症　□糖尿病　□慢性心不全　□高血圧 □その他（　　）				
病状経過 治療経過 検査結果					
現在の処方 （上記除く）					
備考					