

【茅ヶ崎・寒川地域 早期膵臓がん診断プロジェクト専用】

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記についてよろしくお願いします

紹介先医療機関

令和 年 月 日

茅ヶ崎市立病院

〒253-0042 茅ヶ崎市本村 5-15-1

消化器内科 プロジェクト担当医師

TEL：0467-52-1111（代表）

紹介元医療機関 名称・所在地		TEL：
医師名		FAX：

受診予定日 月 日 時頃

フリガナ

患者氏名 様 男・女 T・S・H 年 月 日（ 歳）

患者住所

TEL： - -

紹介目的： 膵がん早期診断プロジェクト受診

該当する項目に○をつけてください

<症状>	[1点]	腹痛または背部痛・食欲不振・体重減少・黄疸		
<疾病>	[1点]	慢性膵炎・新規発症の糖尿病・糖尿病の増悪		
<検査異常>	[1点]	腫瘍マーカー異常（CA19-9等） 膵酵素異常（アミラーゼ、リパーゼ等）		
<画像異常>	[2点]	膵管拡張・膵嚢胞・膵実質の萎縮		
<家族歴>	[2点]	両親または子供	[1点]	その他の血縁者
【経過・病歴】				

*添付資料：なし・検査データ・画像データ（ ）

今後の膵臓フォローについて

当院に一任していただく ・ 腹部超音波等で相互に通院