

膵癌早期診断プロジェクト用
診療情報提供書（兼）受診依頼票

令和 年 月 日

愛知医科大学病院

受診希望科 肝胆膵内科

先生

受診希望日① 令和 年 月 日 ()

受診希望日② 令和 年 月 日 ()

医療機関名

所在地

医師名

印

TEL () -

FAX () -

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴（有・無・不明）（愛知医大ID:)

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名	様	男・女		
住所 (事前紹介時のみ ご記入下さい)	〒		TEL	() -
保険情報 保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です	保険者番号		子・障・母	前高・後高(割) <input type="checkbox"/>
	記号・番号		公費負担者番号	
	続柄	本人・家族	公費受給者番号	
紹介目的	膵臓スクリーニング・精密検査 <input type="checkbox"/> 膵癌疑い <input type="checkbox"/> 膵癌リスクファクターチェックリスト陽性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴	薬物アレルギー (有 ・ 無)			
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 等				
経過観察必要 時の診療連携 に関する希望	<input type="checkbox"/> 愛知医大でフォロー <input type="checkbox"/> 愛知医大で画像検査フォロー + 自院で血液検査フォロー <input type="checkbox"/> 愛知医大で画像検査フォロー + 自院で血液検査と腹部超音波検査フォロー <input type="checkbox"/> その他 ()			