

# 診療情報提供書(膵臓病早期発見パス)

※必須記入

平成 年 月 日

(公財)東京都保健医療公社 東部地域病院

医師 胆肝膵内科 宛

下記患者について、よろしくお願い致します。

依頼施設所在地 〒

依頼施設電話番号 ( )

※

依頼施設名 病院 医院 クリニック 診療所

依頼担当医師名 (印)

※

患者名					性別	男・女		
生年月日	M	T	S	H	年	月	日	( 歳)
患者住所								
電話番号	( )							

紹介目的	膵臓病早期発見
------	---------

既往歴	
-----	--

※ 症状経過及び 検査結果等	<input type="checkbox"/> 原因不明の腹痛、腰痛、背部痛、体重減少などの症状 <input type="checkbox"/> 糖尿病の悪化、突然の糖尿病発症 <input type="checkbox"/> 血液検査異常(アミラーゼ、CA19-9、CEA、肝機能、その他 ) <input type="checkbox"/> 画像検査異常(膵管拡張、膵のう胞、胆管拡張、膵石、その他 ) <input type="checkbox"/> その他
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

現在の処方	
-------	--

※予約日は 月・火・木・金の午後になります。 ☎03-5682-5111  
「膵臓病早期発見パス(PT)のMR依頼」とお伝えください。