

## 【膵臓がん早期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。

紹介先医療機関名（紹介先の病院名を選択） 令和 年 月 日

（病院名）	（プロジェクト担当代表医師）	（所在地）
【 <input type="checkbox"/> 】 済生会横浜市東部病院	消化器センター外科 西山 亮	鶴見区下末吉 3-6-1
【 <input type="checkbox"/> 】 労働者健康安全機構横浜労災病院	消化器内科 関野 雄典	港北区小机町 3211
【 <input type="checkbox"/> 】 国立病院機構横浜医療センター	消化器内科 鈴木 雅人	戸塚区原宿 3-60-2
【 <input type="checkbox"/> 】 横浜市立大学附属病院	内視鏡センター 窪田 賢輔	金沢区福浦 3-9
【 <input type="checkbox"/> 】 横浜市立大学附属市民総合医療センター	消化器病センター 三輪 治生	南区浦舟町 4-57
【 <input type="checkbox"/> 】 昭和大学藤が丘病院	消化器内科 長濱 正亞	青葉区藤が丘 1-30
【 <input type="checkbox"/> 】 済生会横浜市南部病院	消化器内科 杉森 一哉	港南区港南台 3-2-10

紹介元医療機関 の名称・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・R 年 月 日 ( 歳)

患者住所 TEL. - -

患者職業

紹介目的 : 膵臓がん早期診断プロジェクト受診

### 該当する項目に○を付けてください

< 症 状 > 腹痛または背部痛 ・ 食欲不振 ・ 体重減少 ・ 黄疸  
 < 疾 病 > 慢性膵炎 ・ 新規発症の糖尿病 ・ 糖尿病の増悪  
 (画像検査) 膵管拡張 ・ 膵嚢胞  
 < 検査異常 > (血液検査) 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)  
 < そ の 他 > 親兄弟子供に膵臓がんの方がいる  
※この事項が単独で紹介され、症状・疾病・検査異常のない場合は自費診療となります。

添付資料 (無 X-P 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 MRI 画像)

( )