2011 年 10 月版

診療情報提供書（診療・検査等依頼書）

平成　　年　　月　　日

紹　介　先	新潟県立がんセンター新潟病院　地域医療連携室 ＦＡＸ：０２５－２３４－００２２　　ＴＥＬ：０２５－２３４－００１１
紹　介　元 の　情　報	施設名： 医師名： ＴＥＬ：　　－　　－　　（内線　　） ＦＡＸ：　　－　　－

次の患者さんの（　　１ 診療　　２ 検査　　３ セカンドオピニオン　　）を依頼します。

カ　ナ　氏　名	
漢　字　氏　名	
生年月日・性別	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（男・女）
現　住　所	
連　絡　先	ＴＥＬ：　　－　　－

受診希望科		希望医師名	
受診希望日	なし　・　あり（平成　　年　　月　　日）		

紹介内容（記載スペース不足の場合、別紙で追送いただいても結構です。）

（お願い）集団検診や人間ドックなどで、胃・肺・乳がんの二次精密検査が必要となった場合は、がん予防総合センターにて承ります。お手数でも、直通電話（025-234-0555）にてお申し込みください。