診療情報提供書

新潟県立がんセンター新潟病院　がんゲノム外来担当医御机下

紹介先医療機関の名称/所在地

医療機関名

担当医師名

連絡先

FAX番号

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  氏名・性別・生年月日  連絡先 | 〒  住所 |
| ふりがな  氏名： |
| 性別：□男　　　□女 |
| 大正/昭和/平成　　年　　月　　日（　歳） |
| 電話番号：（　　　） |
| 当院受診歴 | □有（診察券番号　　　　　　　）  □無  □不明 |
| がん腫 |  |
| 既往歴 |  |
| がんの家族歴 |  |
| 現在のPS |  |
| 喫煙歴 |  |
| 手術歴 |  |
| 化学療法歴 |  |
| 放射線治療歴 |  |
| 遠隔転移 |  |