

診療情報提供書〈膵がん早期発見プロジェクト用〉

依頼日／ 20 年(令和 年) 月 日

社会医療法人北斗 **北斗病院**
患者サポートセンター 地域医療連携室 宛

FAX 0155-47-3083

〒080-0833 帯広市稲田町基線7番地5
TEL 0155-47-3093(直通)

〈受付／月～金曜 9時～17時、土曜9時～12時〉

依頼

医療機関名

電話番号

FAX番号

主治医

担当者

| | | | | | |
|------|----------------------------|----|-----------|----|-----|
| フリガナ | | 生年 | 明・大・昭・平・令 | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 | | 月日 | 年 月 日(歳) | | |
| 患者住所 | | | | | |
| 電話番号 | ※患者さまと日中連絡の取れる電話番号をご記載ください | | | | |
| | 自宅 | | 携帯 | | |

| | |
|-----------|--|
| 傷病名・紹介目的 | <input type="checkbox"/> 膵がん疑い <input type="checkbox"/> 膵がん早期発見チェックリスト陽性 |
| 既往歴および家族歴 | |
| 予約希望日 | <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 希望指定日／ 月 日 |

膵がん早期発見チェックリスト ※下記チェック項目がひとつでも陽性ならご紹介ください

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 臨床症状 | <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 内視鏡で原因不明の上腹部、背部痛 | 血液検査 | <input type="checkbox"/> 肝胆道系酵素上昇 <input type="checkbox"/> 膵酵素上昇 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値(CEA、CA19-9) |
| 家族歴 | <input type="checkbox"/> 膵がんの家族歴 | エコー検査 | <input type="checkbox"/> 膵管拡張 <input type="checkbox"/> 膵嚢胞 |
| 膵炎の既往 | <input type="checkbox"/> 急性膵炎、慢性膵炎 | | <input type="checkbox"/> 膵石灰化 <input type="checkbox"/> 膵腫瘍 |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 初発発症 <input type="checkbox"/> 急速な悪化 | | <input type="checkbox"/> 描出不良 |

病状経過、治療経過

| | | | |
|---------|---|-------|---|
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 患者の状態 | <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| 要望・留意事項 | | | |