

## 【医療者記載用】

## 紹介・診療情報提供書 がん相談外来用

宛先

〒732-0057

広島市東区二葉の里三丁目2番2号

紹介元医療機関名称等

広島がん高精度放射線治療センター

〒

TEL 082-263-1330 FAX 082-263-1331

所在地

医療機関名

\_\_\_\_\_科

電話番号 ( ) —

FAX番号 ( ) —

\_\_\_\_\_先生

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
貴院ID								
電話番号	( )	—	※9:00~17:00に連絡可能な番号					

上記の方を紹介します

令和 年 月 日

紹介目的	広島がん高精度放射線治療センター がん相談外来
主訴及び 傷病名	
既往歴及び 家族歴	
症状経過及び 検査結果	
現在の処方	
その他 特記事項	
当日持参 される資料 (該当にレを記入)	<input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 検査結果資料 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供の目的のみに利用します