

診療情報提供書(紹介)

広島がん高精度放射線治療センター

医療機関 広島がん高精度放射線治療センター



担当医 先生侍史

年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名	性別
生年月日	
住 所	
電話番号	

上記の患者を紹介させていただきます。

【傷病名】
【紹介目的】
【既往歴および家族歴】
【症状経過および検査結果】
【治療経過】 (これまでの放射線療法・化学療法・手術などについてご記入ください)
【現在の処方】
【備 考】

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。