

# 診療情報提供書 [患者紹介状]

東京慈恵会医科大学附属病院

泌尿器科 \_\_\_\_\_ 先生

平成 年 月 日

紹介医療機関の

名称及び所在地

電話番号

F A X

医師名

印

(フリガナ) 患者氏名		殿	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳) 職業
主訴又は病名・病状 CaPMnet 前立腺がん ( TNM分類: )				
紹介目的 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下前立腺全摘術 <input type="checkbox"/> 開放性前立腺全摘除術 <input type="checkbox"/> ブラキセラピー (低線量率) <input type="checkbox"/> ブラキセラピー (高線量率) <input type="checkbox"/> 放射線外照射 <input type="checkbox"/> 待機療法 <input type="checkbox"/> その他				
既往症及び家族歴				
病状経過及び検査結果 <input type="checkbox"/> IPSS/QOLスコア: <input type="checkbox"/> PSA値 ( / / ): <input type="checkbox"/> 前立腺生検 ( / / ) 組織型 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> その他 グリーソンスコア: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 全身骨シンチ				
治療経過				
現在の処方				
備考		添付資料 (有・無) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 全身骨シンチ <input type="checkbox"/> 病理プレパラート (標本) <input type="checkbox"/> 病理報告書コピー		