

診療情報提供書

〒113-8655

年 月 日

東京都文京区本郷 7 - 3 - 1

東京大学医学部附属病院

地域医療連携センター

セカンドオピニオン担当

紹介元医療機関

住所 _____

名称 _____

診療科 _____

医師氏名 _____

患者氏名							
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男性・女性

紹介目的	胃癌・腹膜播種についてのセカンドオピニオン
病名	胃癌（ <input type="checkbox"/> 腹膜播種 <input type="checkbox"/> 腹膜播種疑い <input type="checkbox"/> 腹腔洗浄細胞診陽性 <input type="checkbox"/> その他の遠隔転移）
既往歴	
臨床経過	
検査結果*	胃癌の手術歴 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無 化学療法歴 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無 内視鏡検査： 病理検査： <input type="checkbox"/> 腺癌（HER2 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検） <input type="checkbox"/> 癌細胞未検出 <input type="checkbox"/> 未実施 胸腹部 CT： 審査腹腔鏡： <input type="checkbox"/> 実施（所見 _____） <input type="checkbox"/> 未実施 腹腔細胞診： <input type="checkbox"/> 実施（所見 _____） <input type="checkbox"/> 未実施 その他検査：
現在の処方	
備考	

*検査結果を右の欄に記載していただくか、結果の報告書または画像を添付してください。