

診療情報提供書（膵がん早期診断プロジェクト 予約票）

(様式1-5)

平成 年 月 日

JA北海道厚生連帯広厚生病院
 地域医療連携室 御中
 〒080-0016
 帯広市西6条南8丁目1番地
地域連携室直通 FAX (0155)24-4451
地域連携室直通 TEL (0155)20-3134
 代表 TEL(0155)24-4161 内線2430

依頼医師
 住所
 名称
 医師氏名
 電話
 FAX

印

フリガナ			住所		
氏名	男・女				
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(才)	電話	()	-
消化器内科(胆・膵外来) 【月・水・木・金曜日】		・至急 ・一週間以内 ・ 月 日希望	厚生病院受診歴 有 無		
傷病名・紹介目的	膵がん疑い、膵がん早期発見チェックリスト陽性				
既往歴(検査含)					
病状経過 治療経過 現在の処方内容					

膵がん早期発見チェックリスト

項目	内容	チェック	項目	内容	チェック
臨床症状	黄疸		エコー検査	膵管拡張	
	内視鏡での原因不明の上腹部、背部痛			膵嚢胞	
家族歴	膵がんの家族歴			膵石灰化	
膵炎の既往	急性膵炎、慢性膵炎			膵腫瘍	
糖尿病	初発発症			描出不良	
	急速な悪化		エコー検査持参の有・無 返却要・不要		
血液検査	肝胆道系酵素上昇				
	膵酵素上昇				
	腫瘍マーカー高値(CEA, CA19-9)				

上記チェック項目が一つでも陽性ならご紹介下さい

患者の状態	・歩行可能 ・車椅子 ・ストレッチャー
要望事項 留意事項等	
画像の持参の有無	1. CD-R() 2. フィルム() 3. CD-Rとフィルム() 4. なし
入院の有無	1. 入院中 2. 施設入所中(施設名:)