

診療情報提供書<新規用>

年 月 日

傷病名	前立腺がん疑い	紹介元No	
紹介目的	前立腺生検目的	病院ID	

フリガナ		住所	〒(-)
患者名			
生年月日	T・S 年 月 日生 (歳)		(TEL: - -)

紹介元医療機関	①PSA検査結果【診療所→病院】		
	検査日	(平成 年 月 日)	
	PSA値	(ng/ml)	F/T比 (%)
	抗血小板・抗凝固剤	薬剤名()	・ 無
【コメント欄(経過)】			

紹介先医療機関	②精密検査【病院→診療所】		
泌尿器科 先生 御侍史	初回受診日	(平成 年 月 日)	
		<input type="checkbox"/> 直腸指診所見	
		<input type="checkbox"/> エコー所見	
		<input type="checkbox"/> MRI所見	
<input type="checkbox"/> PSA再検査値	(ng/ml)		
<input type="checkbox"/> F/T比	(%)	<input type="checkbox"/> 生検所見	
<input type="checkbox"/> PSAD	(ng/ml/cc)		

【治療方針】 <input type="checkbox"/> 癌あり(ガイドラインに基づいて治療を行います) <input type="checkbox"/> 癌なし(下記要領にて経過観察をお願いします) <input type="checkbox"/> ヶ月毎にPSA検査をお願いします <input type="checkbox"/> PSAが ng/ml以上の時紹介をお願いします <input type="checkbox"/> その他
