

(病院様記載用)

患者氏名		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 生まれ				
貴院初診日 (主病について)			<input type="checkbox"/> 紹介状参照または		西暦 年 月 日			

確定診断の方法と期日について

紹介状参照 ← 左記の場合は、診断方法・確定日は空欄で結構です。

診断方法	<input type="checkbox"/>	細胞診		
	<input type="checkbox"/>	組織診 (組織診断名: _____)		
	<input type="checkbox"/>	画像診断のみ		
	<input type="checkbox"/>	その他 ( _____ )		
	<input type="checkbox"/>	不明		
診断確定日	西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 不明			

主病に対する手術について (姑息的処置やステント留置等は含まないで結構です)

紹介状参照 ← 左記の場合は、下欄の記載は結構です。

手術の有無	<input type="checkbox"/>	手術的治療無し		
	<input type="checkbox"/>	手術有り (下の欄に記載をお願いします)		
	<input type="checkbox"/>	手術に関する詳細不明		
術式名				
手術日	西暦	年	月	日

その他、補足・追加の情報がございましたら下記欄もご利用ください

送信者	病院名			
	担当者様 氏名			
	TEL ・ FAX	(TEL)		(FAX)