診療情報提供書

　　　　　　　　前立腺がん地域連携連絡票

連携拠点病院名

　　　□ 担当医 　　　　　　　　　先生

　　　□ 相談支援情報センター御中　　FAX番号

　　いつもお世話になっております。

　　患者 　　　　　　　　 様が 　 　 年　　月　　日に当院を

　　受診されました。

　　当日のPSA採血結果は 　　　 ng/mlでした。

　　PSA以外の連絡事項　　□なし　□あり

　　診察の結果、貴院受診を　□必要なし　□必要あり　と診断

　　いたしました。

　　　　 必要ありの場合受診予定日　□ 　　 　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ 未定

　　以上ご報告いたします。

　　今後ともよろしくお願いいたします。

　　 　　　　　　　　　 　　　年　　月　　日

　　　　　 　　　　 連携医療機関名

　　　　　　　　　　　　　 担当医