

# 診療情報提供書(前橋市検診等二次精査用)

紹介先医療機関名

病院・医院

年 月 日

医師名

先生

紹介元医療機関：

医師氏名：

印

患者氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女  
患者住所：前橋市 \_\_\_\_\_ 町 丁目 番・番地 \_\_\_\_\_ 号  
生年月日：大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日

紹介目的（マルでお囲みください）

- ① 胃がん検診(X線)、② 胃がん検診(内視鏡)、③ 大腸がん検診
- ④ 乳がん検診、⑤ 前立腺がん検診、⑥ 胸部（肺がん・結核）検診
- ⑦ 肝炎ウイルス健診、⑧ 骨粗鬆症検診

一次検診の結果は別紙検診カードのとおりです。

貴医療機関において、二次精密検査並びに加療をお願い申し上げます。

なお、診療等完結されましたら、同封検診カードに必要事項をご記入のうえ、ご返送をお願いいたします。

(紹介元の先生方へ)

- ① 病床数 200 床以上の病院については、初診時に本状がありませんと、医療機関毎に『初診時の特定療養費』を診療費の他に別途お支払いいただきますのでご注意ください。
- ② 受診時には、患者さんに本状と検診カード、保険証をお持ちするようにご指示ください。