

膵がんのサーベイランス

次回受診予定		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受 診 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診 察 所 見 （ 医 師 記 載 ）	実施検査	<input type="checkbox"/> MRCP (年 月 日)				
		<input type="checkbox"/> EUS (年 月 日)				
	所見記載欄					
	医師サイン ()					
医療費区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療					
備 考 (血縁者の情報を医療者と) 共有し、相談しましょう)						