

診療情報提供書 兼 内視鏡・透視検査依頼書 (FAX用紙)

山中胃腸科病院地域連携室行き

貴医療機関名		紹介医師名	
--------	--	-------	--

* 患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名	様	生年月日	T・S・H	年 月 日
		年齢		歳
住所	〒		電話番号	

検査予約日時	平成	年	月	日	時	分
--------	----	---	---	---	---	---

* 検査依頼項目

検査目的	傷病名、紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方 (詳しくご記入くださいます様、宜しくお願い致します)
------	--

検査項目; 以下の項目にチェックをお願いします。

- 胃透視
- 胃内視鏡検査
- 注腸検査
- 大腸内視鏡検査

医療法人社団 山中胃腸科病院
 地域医療連携室
 FAX:059-347-1018
 FAX:059-346-5865