

検査依頼書(診療情報提供書)

はら外科胃腸科クリニック 宛 FAX:0798-69-1181

希望医師名 原 均 院長・原 謙 副院長・希望医師なし・その他医師()

西暦 20 年 月 日

紹介元医療機関の名称 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師氏名 _____

患者情報	(フリガナ) 患者氏名 _____ 性別 男・女
	患者住所 _____
	電話番号 _____ 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)
紹介目的 病状経過など	<input type="checkbox"/> 別紙に診療情報を添付のため省略
希望検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> ()CT <input type="checkbox"/> ()エコー <input type="checkbox"/> その他検査() <input type="checkbox"/> 必要に応じて任せる
検査希望日	第1希望 西暦 20 年 月 日 午前・午後 第2希望 西暦 20 年 月 日 午前・午後 ※上記受診希望日にご予約がお取りできない場合 <input type="checkbox"/> できるだけ早い日程を希望します。 <input type="checkbox"/> 再度連絡・調整を希望します。

※別途必要に応じて診療情報提供書FAX頂けると幸いです