

# 診療情報提供書

内視鏡検査依頼書

紹介先

令和 年 月 日

医療法人社団衿正会

生駒病院 医療福祉連携部 宛

医師

紹介医療機関名

紹介医師名

TEL

FAX

上部消化管

第1受診希望日 令和 年 月 日

第2受診希望日 令和 年 月 日

希望 ( 経鼻 ・ 経口 )

※下部消化管は、事前投薬・処置の関係から  
外来受診後、検査日を決めさせていただきます。

フリカ`ナ	男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	女	年	月 日( 歳)
患者住所	TEL ( ) ー		
傷病名(主訴)			
既往症			
症状経過			
感染症の有無	HBs抗原 ( + , - , 未検査	HCV抗原 ( + , - , 未検査	)
	Wa-R ( + , - , 未検査	その他の感染症(	)
現在の処方			

Fax送信先 医療福祉連携部(直通) : 072-767-2295