

診療情報提供書（内視鏡検査依頼用）

平成 年 月 日

医療法人 社団 哺育会
白岡中央総合病院
 〒349-0217
 埼玉県白岡市小久喜938-12
 地域連携課 **TEL・FAX 0480-92-0799**

貴院の名称			
所在地 〒			
医師名			
TEL	-	-	
FAX	-	-	

診療科 _____ 科

医師名 _____ 先生
 （希望医師がない場合は記入不要）

フリカナ		
患者氏名	様 男・女	* 白岡中央総合病院の受診歴 有・無
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳	希望予約日時
電話番号(自宅)		平成 年 月 日
携帯		午前・午後 時 分

紹介目的	内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ（経鼻・経口） <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー	*該当する箇所に記入をお願いします。 HB抗原(-・+) HCV抗体(-・+) ワ氏(-・+) ★記入が無い場合は 当院にて行います 抗凝固剤内服 有・無
	傷病名		
検査部位・目的・症状・経過等			
結果説明	<input type="checkbox"/> 白岡中央総合病院にお願いする <input type="checkbox"/> 紹介元にて説明する		