

② 上部消化管内視鏡検査申込書(診療情報提供書) 平成 年 月 日

紹介先	国際医療福祉大学市川病院
診療科	内視鏡センター
郵便番号	〒272-0827
住所	千葉県市川市国府台6-1-14
TEL	047-375-1128(連携室直通)
FAX	047-372-6225

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
氏名	
TEL	
FAX	

ご紹介患者様情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
	氏名			年月日
	当院診察券		性別	男・女
	電話(9:00~17:00に連絡可能な番号)		<ul style="list-style-type: none"> 当院の診察券をお持ちの方、または受診歴のある方につきましては、「氏名」「生年月日」「診察券番号」のみの記入で結構です。 診察券は当日ご持参下さい。 	

検査内容 ○印を付けて下さい。	通常経口内視鏡検査 • 経鼻内視鏡検査 • 鎮静内視鏡検査
--------------------	-------------------------------

傷病名	
-----	--

紹介目的・既往歴・症状経過・備考欄

処方内容	
------	--

(診療情報提供につきましては、検査当日にお持ちいただきます様お願い致します。)