

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	
T E L	
F A X	

ご紹介患者様情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			性 別
	当院診察券		● 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。	
	電話(9:00～17:00に連絡可能な番号)			

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。)