

診療情報提供書(検査予約用) 資料2

年 月 日

友愛会 友愛医療センター

地域医療連携室 FAX 申込書

医療機関名

FAX : 098-852-2152

TEL : 098-852-2575 (直通)

医師名

TEL

FAX

患 者	氏名	フリガナ					
	性別	男・女	住所 TEL				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳	
病 名 (主 訴)							
紹介目的	上部消化管内視鏡検査	<input checked="" type="checkbox"/> ハイビジョン内視鏡					
臨床症状 特記事項							
チェック リスト	当院受診歴 (ない ・ ある)						
	薬剤アレルギー(- ・ + 薬品名 :)						
	糖尿病の有無 (- ・ +)						
	心疾患の有無 (- ・ +)						
	緑内障の有無 (- ・ +)						
	前立腺肥大の有無 (- ・ +)						
出血を助長する薬の服用(- ・ +)→(中止している 中止していない)							

受診希望日 年 月 日

備考	
----	--