

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

津田沼中央総合病院

病診連携室行き F A X

所在地

医療機関名

平成 年 月 日

内視鏡室 担当医 行

T E L

F A X

医師氏名

㊞

・津田沼中央総合病院受診歴 (有 / 無)

*有の場合のみ 科 年 月頃

公費負担者番号							
公費負担医療の受給番号							
負担割合	1割・3割						

保険者番号							
記号・番号	・						
被保険者との続柄	本人・家族						

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	㊞		TEL ()	

予約日	年 月 日 () 午前 時 分			
紹介目的	胃・十二指腸 内視鏡検査			
臨床診断				
現病歴 現服用薬				
アレルギー	有 () ・ 無			
抗凝固剤	有 (1.服用中止・2.服用継続) ・ 無			
希望される物に○をお付けください!				
内視鏡下生検		検査結果 については	1.郵送希望、当院にて結果説明します。	
ピロリ菌 (CLO 法) 検査			2.津田沼中央総合病院にて結果説明希望します。	
ポリペクトミー				
異常があった場合には			1.当院にて治療する。 2.津田沼中央総合病院で治療する。	
備考				