

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

病診連携室行きFAX

西暦 年 月 日

津田沼中央総合病院

所在地

医療機関名

内視鏡室 担当医 行

TEL

FAX

医師氏

名

⑩

・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		保険者番号		<input type="checkbox"/>
公費負担医療の受給番号		記号・番号		
負担割合	1割・2割・3割	被保険者との続柄	本人・家族	
フリガナ		生年月日	西暦 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	1.郵送希望、当院にて結果説明します。	
ピロリ菌(CLO法)検査		については	2.津田沼中央総合病院にて結果説明希望します。	
異常が有った場合には	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				