

内視鏡検査依頼状(診療情報提供書)

FAX 送信用

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 一橋病院

紹介元医療機関名

当院受診歴 (無・有 : ID)

担当医師

所在地

TEL

FAX

予約日時	月	日()	時	分
------	---	------	---	---

公費負担者番号		保険者番号	
受給者番号		記号・番号	
老人医療負担者割合	(1割・2割)	資格取得日	年 月 日
※保険証のコピーでも結構です。		被保険者との続柄	(本人・家族)

フリガナ		生年月日	
患者氏名	(男・女)	M・T・S・H	年 月 日(歳)
住 所		TEL	()

内視鏡 種類 (経口・経鼻)
傷病名
検査目的
症状経過
現在の処方 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板・抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 血糖降下薬 <input type="checkbox"/> その他 () () () () <input checked="" type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (薬品名 _____ 休薬期間 月 日 ~ 月 日)