

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 FAX

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

内視鏡室 担当医 行

T E L

F A X

医 师 氏 名

(印)

・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 | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 保 险 者 番 号 | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|
| 記 号 ・ 番 号 | . | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|

負担割合 1割・3割

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 | | | | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | 男・女 |
|---------|--|--|--|---------|------------------------|-----|

| | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|------------|--|
| 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 一 | 有 () • 無 |
|-----------|-----------|

| | |
|---------|-----------------------------------|
| 抗 凝 固 剤 | 有 (1. 服 用 中 止 ・ 2. 服 用 繼 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。 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。 |
|--------|--|---|

| | | |
|-----------------|--|---|
| ピロリ菌 (CLO 法) 検査 | | 検査結果 1.郵送希望、当院にて結果説明します。 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。 |
|-----------------|--|---|

| | | |
|---------|--|---|
| ポリペクトミー | | 検査結果 1.郵送希望、当院にて結果説明します。 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 | |
|----|--|