

## 診療情報提供書 (検査用)

豊田地域医療センター御中

病医院名

科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

受診希望日 ①平成 年 月 日 ( )

②平成 年 月 日 ( )

③平成 年 月 日 ( )

医師名 \_\_\_\_\_

予約確定日		平成 年 月 日 ( )		午前・午後 時 分	
患者情報	フリガナ			男・女	生年月日
	患者氏名				
	住所	TEL			
保険情報	主保険	種類	健保・自賠・労災・自費・その他	本人・家族	保険者番号
		記号		番号	被保険者氏名
	公費	種類	乳児・子供・障害・母子・傷・高齢-老人( 割)・特定・他( )		
		負担者番号			受給者番号
※保険証コピーをFAXでいただく場合は保険欄の記入は不要です。					
傷病名及び紹介目的					
注意事項	HB HCV 梅毒 禁忌( ) アレルギー( )				
現在の処方					
X線フィルム、検査結果等の資料添付			無・有 [ 患者様が検査当日ご持参 ]		
検査項目 <small>ご依頼の検査項目に チェックをご記入く ださい。</small>		胃内視鏡検査(経口)		腹部超音波検査	部位・臓器名(具体的に)
		胃内視鏡検査(経鼻)		心臓超音波検査	
		大腸内視鏡検査		トレッドミル検査	
		胃透視検査	その他検査		
		注腸検査			

注) CT、MRI検査、栄養指導をご依頼の場合は、それぞれの専用用紙に記入してください。

地域医療連携室 Tel. (0565)34-3333・Fax. (0565)34-3039