

# 診療情報提供書（内視鏡検査依頼用）

年 月 日

医療法人 社団 哺育会  
**白岡中央総合病院**  
 〒349-0217  
 埼玉県白岡市小久喜938-12  
 地域連携課 **TEL・FAX 0480-92-0799**

診療科 \_\_\_\_\_ 科

医師名 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_  
 （希望医師がない場合は記入不要）

貴院の名称		
所在地 〒		
医師名		
TEL	-	-
FAX	-	-

フリカケ		*白岡中央総合病院の受診歴 有・無  希望予約日時  年 月 日  午前・午後 時 分
患者氏名	様 男・女	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳	
電話番号(自宅)		
携帯		

紹介目的	内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ（経鼻・経口）	*該当する箇所に記入をお願いします。 HB抗原(-・+) HCV抗体(-・+)  ワ氏(-・+) ★記入が無い場合は 当院にて行います  抗凝固剤内服 有・無
		<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー	

傷病名	
-----	--

検査部位・目的・症状・経過等

結果説明	<input type="checkbox"/> 白岡中央総合病院にお願いする <input type="checkbox"/> 紹介元にて説明する
------	--