

## 診療情報提供書(FAX紹介予約申し込み書)

藤田胃腸科病院

年 月 日

先生

医療機関名

所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者情報	フリガナ	男	明 大	年	月	日
	氏名	様	昭 平			( ) 歳
今までに藤田胃腸科病院を受診したことがありますか : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
傷病名 :						
紹介目的 :			既往歴及び家族歴の特記事項 : 有・無			
<input type="checkbox"/> 症状に対する診断・治療目的						
<input type="checkbox"/> 検診等による精査						
<input type="checkbox"/> その他(以下にご記載下さい)						
診察・検査日時 : 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分						
依頼内容 :						
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院						
<input type="checkbox"/> 食道・胃・十二指腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 注腸透視 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査						
<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 頸部エコー <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査						
<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他( )						
症状経過・治療経過 :						
現在の処方 : 有・無						
返書方法 : 患者への説明(要・否) <input type="checkbox"/> 患者へ渡す <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX						
治療の実施 : <input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 藤田胃腸科病院(全般・一部[胃薬、ピロリ除菌など]) <input type="checkbox"/> どちらでもよい						

備考 : 保険証の写しを事前に送信いただければ先にカルテの準備をさせていただきます。

藤田胃腸科病院 〒569-0086 高槻市松原町17番36号

病診連携室

直通 Tel (072) 671-3313(14:00~17:00)

代表: Tel(072)671-5916

Fax (072) 661-5188