

診療情報提供書(内視鏡検査用)

FAX:075-963-1011

貴院名： _____ 様

先生ご氏名： _____ 先生

Tel： _____ Fax： _____

ふりがな

患者氏名： _____ 様 男・女

生年月日：T・S・H 年 月 日 () 才

住所：〒 _____

Tel：(自宅) _____ / (携帯) _____

保険情報

保険者番号									
記号・番号									
被保険者					続柄				
公費負担番号									
受給者番号									
負担率					() 割				

※当日ご連絡がつくよう携帯電話番号もご記入お願いします

該当項目にチェックをお願いします。

【申し込み検査】

- 胃カメラ 胃痛・胸やけ バリウムで異常指摘 胃炎フォロー
ピロリ菌陽性 その他(_____)

- 大腸カメラ 便潜血陽性 便秘 下痢 血便
腹部膨満 その他(_____)

※大腸カメラは、患者さんへ前処置薬(下剤、腸管洗浄液)のお渡しや説明が必要になりますので、一度当院を受診してください。

(その他、特記事項などあれば、以下の欄に記載して下さい)

【結果・フォロー方針】

- 貴院(紹介いただいたクリニック)で説明・治療
 よりふじ胃腸内科・内科クリニックで説明→貴院(紹介いただいたクリニック)で治療
 よりふじ胃腸内科・内科クリニックで説明・治療



よりふじ胃腸内科・内科クリニック

FAX: 075-963-1011

TEL: 075-963-1010