

(検査科) 診療情報提供書 兼 検査依頼書

年 月 日

紹介先医療機関

医療法人貴医会

貴島中央病院 検査科

TEL : (072) 922-1581 (内線37)

FAX : (072) 991-8976

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

印

患者氏名		男 女	貴島中央病院 受診歴	無 ・ 有	年 月頃
生年月日	昭和 年	平成 月	令和 日	患者 連絡先	電話 — —
希望予約日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分				
※時間変更をお願いする際は、折り返しご連絡いたします。					

1. 検査目的 (簡単で構いませんので、必ずご記入ください。) および 主訴・既往歴

--	--	--	--	--	--

上部内視鏡

この用紙 (検査依頼書) では検査のみ受付いたします。(原則、診察いたしません。)

診察が必要な場合は紹介状をご持参いただき、先に診察した上で検査いたします。

後日、検査所見を郵送にてお送りいたします。

感染症検査 (HBS抗原・HCV抗体 ※1年以内) の結果をFAXにてお願いいたします。