

## 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：

- 症状に対する診断・治療目的  
 検診等による精査  
 その他(以下にご記載下さい)

既往歴及び家族歴の特記事項：有・無

診察・検査日時：年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

依頼内容：

- 診察  入院
- 食道・胃・十二指腸内視鏡検査  大腸内視鏡検査  注腸透視  腹部超音波検査
- 腹部CT  胸部CT  頭部CT  胃透視  頸部エコー  血圧脈波検査
- 栄養指導  精査  レスパイト  便秘1週間プログラム  機能性ディスぺプシア入院プログラム
- 禁煙  無呼吸症候群  胃ESD  便秘(バイオフィードバック・直腸内圧検査)
- 化学療法  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)  患者へ渡す  郵送  電話  FAX治療の実施： 貴院  藤田胃腸科病院(全般・一部[胃薬、ピロリ除菌など])  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

地域医療連携課 直通 Tel (072) 671-5887(9:00~17:00)

代表:Tel(072)671-5916

Fax (072) 671-5919