

# 診療情報提供書

( 紹介状 )

内視鏡検査専用

貴院名： \_\_\_\_\_ 様

医師名： \_\_\_\_\_ 先生 (印)

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

患者様氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 大・昭・平 年 月 日( 歳)

性別： 男 女 TEL： \_\_\_\_\_

TEL・FAX：048-912-3303  
(医療連携課直通)

内視鏡検査の予約受付は医療連携課で行います。

患者さん本人からのご連絡でも可能です。

当該項目にチェック・ご記入をお願いします。

【依頼検査】 上部消化管内視鏡検査 ピロリ菌検査  
大腸消化管内視鏡検査  
腫瘍の精査・加療

【症状】 二次検診  
MDL異常・便潜血・その他( )  
有症状  
( )

【既往歴】

【内服薬】 当日お薬手帳等をご持参いただければ、記載は不要です。

【備考】

メディカルトピア草加病院

〒340-0028 埼玉県草加市谷塚1-11-18

TEL 048-928-3111 FAX 048-928-1522

TEL&FAX 048-912-3303 (医療連携課直通)