

診療情報提供書

(診察・検査依頼書)

医療法人寿山会 喜馬病院

科

先生

平成 年 月 日

依頼医療機関名

喜馬病院 法人地域連携室

所在地

医師名

TEL

FAX

TEL	072-961-0288(直通)
FAX	072-960-0412(直通)
月～土	9:00～17:00

フリガナ		保険者番号(※別紙添付可)
患者氏名	男・女	記号・番号
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所	〒 — 電話番号	有効期限

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査(経鼻・経口) <input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査(VF) <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査(VE) <input type="checkbox"/> 超音波検査
希望日	
主病名	

病状経過及び治療経過 (※別紙添付可)

現在の処方

※本票をFAXで頂きますと、担当者より電話連絡致します。その後予約通知書を返送いたします。
上記時間帯以外での依頼については、翌日の対応となりますのでご留意下さい。