

東御市民病院 地域医療連携室

東御市民病院
〒389-0502
東御市鞍掛198
TEL0268-62-0050(代)
FAX0268-64-7571

所在地
医療機関名
電話番号
F A X
医師氏名

科 医師
先生

ふりがな
患者氏名 様(男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所 〒 TEL

当院への受診歴 (有・無・不詳)

紹介目的
1 診察依頼
.....
.....
.....
.....
.....
2 検査依頼
CT・MRI・(部位 造影 有・無)
食道・十二指腸・胃内視鏡・大腸内視鏡・眼底検査
その他 ()
希望検査日 第一希望 年 月 日 第二希望 年 月 日
午前 午後 午前 午後

診療情報提供書

紹介目的
主訴及び傷病名
既往歴及び家族歴
現病歴及び検査結果・現在の処方等