

ID 当院で記載します

【様式 3】

診療情報提供書（上部消化管内視鏡検査依頼書）

（西暦） 年 月 日

予約専用 FAX
0795-88-5231

紹介元医療機関

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL _____

FAX _____

兵庫県立丹波医療センター宛

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
氏名			TEL	
（旧姓）	（旧姓）		当院受診歴	有 ・ 無
住所	〒 _____			
検査希望日	① 月 日 ② 月 日 ③ いつでも可			

紹介内容 主訴、既往歴及び家族歴、病歴、症状、検査所見、治療経過、現在の処方等をご記入ください