

診療情報提供書（胃・大腸・カプセル内視鏡検査用）

貴院名： _____ 様

主治医先生ご氏名： _____ 先生

TEL： _____ FAX： _____

患者氏名： _____ 様 男・女

生年月日： T・S・H 年 月 日（ 歳）

住所： 〒 _____

TEL： _____

1)ご依頼の診療内容をお選び下さい。(複数選択可)

- 胃内視鏡検査
- 大腸内視鏡検査
- カプセル内視鏡検査(大腸)
- カプセル内視鏡検査(小腸)

2)現病歴、貴院での診療状況をお知らせ下さい。

3)貴院での投薬内容(特に抗血栓薬、糖尿病薬、高圧薬についてお知らせ下さい。)

正幸会病院 〒571-0055 大阪府門真市中町11-54

FAX:06-6926-9433

TEL:06-6905-8833 (病院代表)

TEL:070-6924-8404 (地域医療連携室 直通)

FAX到着確認後、担当より、折り返しご連絡させていただきます。