

下部消化管内視鏡検査 診療情報提供書

送信日 令和 年 月 日

医療法人南労会紀和病院 地域連携室 宛

FAX : 0736-33-5202

紹介元

和歌山県橋本市岸上18-1

医療機関名

電話番号 0736-33-5155

医療機関の所在地

FAX番号 0736-33-5202

医師名

電話番号

FAX番号

患者様	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男 女	明・大 昭・平	年 月 日	歳
	電話番号	- -				
	現在の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

所見・検査目的等	
----------	--

【下部消化管内視鏡検査 該当項目にチェックしてください】

* 検査のみの場合も、前処置のお薬等をお渡ししますので、必ず事前に診察のご予約をお願いします。

紹介目的	<input type="checkbox"/> TCF検査のみ（紹介元で診察）
	<input type="checkbox"/> TCF検査 + 紀和クリニックで診察
その他 備考欄	

お薬手帳を必ずお持ちいただくようお願いします。

* お薬手帳をお持ちでない場合や、お薬手帳に記入されていない薬を服用中の場合は、必ず『お薬の説明書』やお薬をお持ちくださるようお伝えください。