診療情報提供書（検査紹介）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　　月　　　日

渥美病院　　　　　　科御中

病医院名

医師名

* 検査希望日　　　　　　　　　　　　時刻

①令和　　年　　月　　日（　　）　　　：

②早急に

③病院側委任

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診者 | （フリガナ）患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　男 ・ 女 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令年　 月　 日 |
| 現 住 所 |  　 TEL |
| 保　　険 | 主保険 | 社・国・他 | 本人・家族 | 記号 |  | 番号 |  |
| 保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  | 続柄 |  |
| 公費種類 |  | 負担者番号 |  | 受給者番号 |  |
| 経過および依頼目的 |  |
| 検 査 項 目 | 内視鏡検査（上部） | 【現在治療中の病名および処方】 |
|  |
| 来 院 方 法 | 独 歩　・　車 い す | HBS抗原 | HBS抗体 | ワ氏 | その他 |
| +・-・不明 | +・-・不明 | +・-・不明 |  |

※病名を必ず記入してください。確定されていない場合は疑い病名を記入してください。