　　　　　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。