



| | | | |
|----------|--|-------|--|
| 紹介元医療機関名 | | | |
| 医師氏名 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |

外来診察のご依頼 **受診ご希望の科、あるいはご希望の医師名をご指定ください。**

循環器内科 神経内科 腎臓内科 呼吸器内科 心療科 消化器内科
リハビリ科 心臓内科 糖尿病外来(かえつクリニック) 外科 整形外科
皮膚科 婦人科 泌尿器科

ご指定の医師名:

事前に担当医に連絡必要な事項があればご記入ください。

* 診療情報提供書は当日お持ちください。

委託検査のご依頼 **検査名をご指定ください**

検査名

部位

(単純 ・ 造影)

* MRI・CTの場合は必ずご指定ください。

検査の診断 (必要 ・ 不必要)

内視鏡検査 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 大腸内視鏡

感染症(1年以内有効) 無 ・ 有 (HBs抗原 HCV抗体 RPR 定性)

ご依頼趣旨をご教示ください。

* 診断が不要な場合は当日検査データ、画像フィルム等を患者様にお渡しいたします。診断が必要な場合は、当院検討会の終了後お送りいたします。内視鏡検査(病理診断を含む)の場合は診断結果まで1週間ほどかかります。
* 大腸検査の下剤は当院でお渡ししてご説明をいたしますので、患者様に検査予約以外に事前に来院をお願いする日があります。
* 委託検査のお取り扱いとなりますので、当院では患者様のお会計はございません。

| | | |
|------|-------|---------------------------------|
| ふりがな | | |
| 患者氏名 | 男 ・ 女 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 生年月日 年 月 日 |
| 住所 | | |
| 電話番号 | | |

当院受診歴

| | | |
|---|---------|----|
| 無 | 有 当院ID: | 不明 |
|---|---------|----|