

診療情報提供書 (上下部内視鏡検査専用)

年 月 日 (様式2)

帯広第一病院 消化器内視鏡センター

ご依頼医療機関

住 所

名 称

医師氏名

電話番号

FAX 番号

医師 御机下

フリガナ		住所	
患者氏名	男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	TEL	() -

検査目的	☐ 胃部内視鏡検査 ☐ 大腸内視鏡検査
既往歴	
現在の 処方内容	
留意事項	
備考	

予約連絡先

帯広第一病院 地域医療連携室

直通フリーダイヤル : 0120-558-091

e-mail : renkei@zhi.or.jp