連携室直通 FAX: 0155-27-0248

診療情報提供書(上下部內視鏡検査専用)

年 月 日(様式2)

帯広第一組	病院 消化器内視鏡センター <u>医師 御机下</u>	ご依頼医療機関 住 所 名 称 医師氏名 電話番号 FAX 番号
フリガナ		
患者氏名	男:女	住所
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