

診療情報提供書（内視鏡検査依頼書）

平成 年 月 日

JA 尾道総合病院 内視鏡センター担当医 行

＜発信者＞ 医療機関の
所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師名

傷病名： _____

御希望の日：平成 年 月 日（ 曜日） 緊急性： 有 無

御希望の検査：上部消化管内視鏡（GIF） 下部消化管内視鏡（CF）
超音波内視鏡（EUS） その他（ ）

患者様の主訴：上腹部痛 下腹部痛 嘔気・嘔吐 下痢 鮮血便 黒色便
便潜血陽性 検診異常（ ）

特記すべき情報：

患者氏名	性別 男・女
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	職業
住 所	TEL ()

保険者番号		公費	市町村番号	
記号			受給者番号	
番号			資格取得 年 月 日 有効期限 年 月 日	
負担割合 () 割		公費	市町村番号	
資格取得 年 月 日	有効期限 年 月 日		受給者番号	
(フリガナ) 被保険者名			資格取得 年 月 日 有効期限 年 月 日	

* 保険証記入欄は保険証のコピーを FAX で送信いただいても結構です。