

診療情報提供書（胃・大腸・カプセル内視鏡検査用）

貴院名：	様
主治医先生ご氏名：	先生
Tel：	Fax:
患者氏名	様 男・女
生年月日：T・S・H	年 月 日（才）
住所：〒	
Tel：	

1) ご依頼の診療内容をお選び下さい。（複数選択可）

- 胃内視鏡検査
- 大腸内視鏡検査
- カプセル内視鏡検査（大腸）
- カプセル内視鏡検査（小腸）

2) 現病歴、貴院での診療状況をお知らせください。

4) 貴院での投薬内容（特に抗血栓薬、糖尿病薬、高圧薬についてお知らせください）

【受診希望日】 月 日

事前にFAXでご連絡いただければよりスムーズに受診できます

正幸会病院（〒571-0055 大阪府門真市中町11-54）
06-6905-9214 (FAX)
06-6905-8833（病院代表）
070-6924-8404（地域医療連携室直通）