（しらかわ診療所提出用）

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関名
医療法人　康倭会
しらかわ診療所
群馬消化器内視鏡医療センター

先生

紹介元医療機関の
名称及び所在地
電　話　番　号
F　A　X
医師氏名

受診希望日　第1希望　　月　　日 午前・午後
第2希望　　月　　日 午前・午後

しらかわ診療所受診歴（有 ・ 無）

（保険証のコピーをFAXでも可）

保険者番号		本人	公費負担者番号		
記号・番号		家族	受給者番号		

健康保険外〔 自賠・労災・公災・その他（　　）〕

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　才）	男・女
患者氏名				
住　所	〒　－ TEL　（　）　番			
今回ご依頼は	入院・診察・診察と検査（　）・治療			
検査のみ	内視鏡 ・ CT ・ ECHO その他の検査（　）			
検査結果希望返事	1. 所見のみ　2. キィーフィルム＋所見　3. 全写真＋所見			
傷病名				
既往歴				
家族歴				
症状経過・検査結果	薬剤アレルギー（ 有 ・ 無 ）　感染症　HBS（　）HCV（　）W氏（　）その他			
治療経過				
現在の処方				
添付資料	無・有　（ X－P ・ CT ・ ECG ・ 検査データ ・ 内視鏡フィルム ・ ECHO ） その他			返却 要・不要
備　考				

医療法人 康倭会 しらかわ診療所 群馬消化器内視鏡医療センター
TEL027－260－1116 FAX027－233－6300