

検査申込書 兼 診療情報提供書（他院医師記入用）

年 月 日

社会福祉法人 浅草寺病院
医療連携室
東京都台東区浅草2-30-17
TEL03-3841-3330（代表）
FAX03-6231-7716（直通）

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	殿	明 ・ 大 昭 ・ 平	年 月 日 歳	男 女
浅草寺病院受診歴	無 ・ 有	ID番号（	）	

※□にチェックしてください。

予約日時	年 月 日 時 分	
希望検査	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡	HB（＋－） HC（＋－） Wa（＋－）
	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡	抗凝固療法（無 有） ポリペク希望（無 有） CF歴（無 有）
	<input type="checkbox"/> 上下部内視鏡 <small>（同日検査）</small>	腹部手術歴（無 有）→ 手術:_____ ポリペク歴（無 有）
	<input type="checkbox"/> 脳波	
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 前立腺
<input type="checkbox"/> 心臓超音波		

診断名	
紹介目的	
既往歴	
症状 治療経過	
服薬内容	

本紙を予約日2日前までに浅草寺病院 医療連携室（03-6231-7716）へご送信ください。