

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 (同日検査)	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。