

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。