（様式２号）

診療情報提供書（検査用）

豊田地域医療センター御中

＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

病医院名

受診希望日 ①平成　年　月　日（　）
②平成　年　月　日（　）
③平成　年　月　日（　）

医師名

予約確定日	平成　年　月　日（　） 午前・午後　時　分

患者情報	**フリガナ**		男・女	**生年月日**	明・大　年　月　日 昭・平　（　歳）
	患者氏名				
	住　所				TEL
保険情報 主保険	**種　類**	健保・自賠・労災・自費・その他	本人・家族	**保険者番号**	
	記　号	**番　号**		**被保険者氏名**	
公費	**種　類**	乳児、障害、母子、傷、高齢・老人（1割・3割〔上位・経過〕）、特定、他（　）			
	負担者番号			**受給者番号**	

※保険証コピーをＦＡＸでいただく場合は保険欄の記入は不要です。

傷病名及び紹介目的

注意事項　ＨＢ　ＨＣＶ　梅毒　禁忌（　）　アレルギー（　）

現在の処方

Ｘ線フィルム、検査結果等の資料添付	無・有〔患者様が検査当日持参・集配希望（　月　日）〕

検査項目 ご依頼の検査項目にチェックをご記入ください。	胃 内視鏡検査 大腸 内視鏡検査 胃透視検査 注腸検査 腹部超音波検査	心臓超音波検査 トレッドミル検査 その他検査 （　）	部位・臓器名（具体的に）

注）ＣＴ、ＭＲＩ検査、栄養指導をご依頼の場合は、それぞれの専用用紙に記入してください。

地域医療連携室　Ｔｅｌ．(０５６５)３４－３３３３・Ｆａｘ．(０５６５)３４－３０３９