

診療情報提供書（内視鏡検査用）

FAX：0284-70-7178

貴院名：様

先生御氏名：先生

TEL：FAX:

ふりがな

患者氏名：様 男・女

生年月日：年 月 日（才）

住所：

TEL：（携帯）

保険情報

保険者番号							
記号・番号・枝番							
被保険者					続柄		
公費負担番号							
受給者番号							
負担率							

該当項目にチェックをお願いします。

【申し込み検査】

☐胃カメラ ☐胃痛・胸やけ ☐バリウムで異常指摘 ☐胃炎フォロー
☐ピロリ菌陽性 ☐その他（ ）

☐大腸カメラ ☐便潜血陽性 ☐便秘 ☐下痢 ☐血便
☐腹部膨満 ☐その他（ ）

※大腸カメラは、患者さんへ前処置薬（下剤、腸管洗浄液）のお渡しや説明が必要になりますので、一度当院を受診してください。

その他、特記事項などあれば、以下の欄に記載してください。

【結果・フォロー方針】

☐貴院（紹介いただいた病院・クリニック）で説明・治療
☐うるしばらクリニックで説明→貴院で治療
☐うるしばらクリニックで説明・治療

うるしばらクリニック

FAX:0284-70-7178

TEL:0284-70-7177