昭和医科大学藤が丘病院　上部内視鏡検査　FAX情報提供書

FAX番号：045-974-4325

**昭和医科大学藤が丘病院　地域医療連携室　行**

**御依頼施設**

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼日 (西暦)** | **年　　　　　月　　　　　　日** |
| **施設名** |  |
| **担当医名** | **先生** |
| **住所** |  |
| **電話番号** | **（　　　　　）** |

**患者様情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **予約日時 (西暦)** |  **年　　　月　　　日　　　　時　　　分　予約** |
| **(ふりがな)** |  |
| **氏名** |  |
| **性別** | **男性　　：　　女性** |
| **生年月日　(西暦)** | **年　　　　　月　　　　　日** |
| **年齢** | **歳** |
| **住所** |  |
| **電話番号** | **(　　　　　）** |
| **携帯電話番号** | **(　　　　　)** |

**被保険者証　　　　　　　　　　　　　　　　　　公費負担医療受給者証**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保　険　者　番　号** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **記　号** | **番　号** | 　 | 　 |
| **資　格　取　得　日** | 　 |
| **有　効　期　限** | ～ |
| **被　保　険　者　名** | 　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **負　担　者　番　号** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **受　給　者　番　号** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **有　効　期　限** | ～ |

|  |  |
| --- | --- |
| **検査目的** |  |
| **既往歴** |  |
| **薬剤アレルギー** |  |
| **内服薬・注射剤等** |  |

**検査情報**