

## 診療情報提供書（検査依頼）

062-0931

札幌市豊平区平岸1条12丁目1番30号メディカルスクエア南平岸2F

ほんじょう内科 宛

TEL：011-595-8261

FAX：011-595-8271

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

貴院名\_\_\_\_\_

医師名\_\_\_\_\_先生

TEL：\_\_\_\_\_ FAX：\_\_\_\_\_

患者氏名： _____ 様	性別： 男 ・ 女
患者住所：	
電話番号：	
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳）	
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	
<input type="checkbox"/> 大腸カメラ（事前診察）	
<input type="checkbox"/> 腹部エコー	
<b>【病歴と検査の目的】</b>	
<input type="checkbox"/> 病理検査の結果は、ほんじょう内科で患者様に説明する。	
<input type="checkbox"/> 病理検査の結果は、貴院でご説明する。	