検査申込日　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **【胃内視鏡検査】　検査依頼書/診療情報提供書****FAX　095-846-7661（直通）　　℡　095-846-2553（直通）** |

**【紹介先医療機関】　　　　　　　　　　　　　【紹介元医療機関】**

**聖フランシスコ病院　地域連携科　宛　　　 医療機関名**

**医師名**

**電話　　 　 ( )**

**FAX 　　 ( )**

**【新型コロナウイルス感染拡大防止のための確認事項】**

|  |
| --- |
| **＊以下の項目をご確認ください。****1）発熱、呼吸器症状がある　　　　　　 　 　　　　　　　　 □　なし　　　　□　あり****2）濃厚接触者に該当する　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □　なし　　　　□　あり****3）一週間以内の行動で周囲に陽性者、濃厚接触者がある　　　 □　なし　　　　□　あり****4）一週間以内の行動で発熱、呼吸器症状がある家族等がいる　 □　なし　　　　□　あり** |
| **希望日時：　　 　月　　　　　日　 (　　)　　　/　　　　 希望なし** |
| **検査目的：** |
| **紹介目的（長崎市胃がん検診の場合は以下は不要です）****傷病名：** |

**ご紹介いただきます患者様についてご記入ください**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ****患者氏名** | **様** | **男****女** | **生年月日** | **明治　大正　昭和　平成　令和****年　　月　　日　 　才** |
| **住 所** |  | **電話** |
| **保険者番号** |  | **被保険者・記号番号** |  |
| **資格取得日** | **年　　月　　日** | **被保険者氏名** |  | **続柄** | **本人・家族** |
| **公 費** | **負担者番号** |  | **受給者番号** |  |
|  |  |  |  |  |

**■予約日が決まり次第、検査予約票をFAXでお送りいたします。**

**ご不明な点ございましたら、地域連携科（095-846-2553）までご連絡ください。**