

【胃内視鏡検査】 検査依頼書/診療情報提供書

FAX 095-846-7661 (直通)

TEL 095-846-2553 (直通)

【紹介先医療機関】

聖フランシスコ病院 地域連携科 宛

【紹介元医療機関】

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 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 2) 濃厚接触者に該当する | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 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。