

消化器内視鏡専門外来受診申込書（診療情報提供書）FAX：0258-34-4803

【患者情報】

【保険情報】保険証等の情報を FAX いただければ記載不要です

フリガナ		性別	記号					
患者氏名	(旧姓)	男	番号					
		女	保険者番号					
生年月日	T/S/H/R 年 月 日 (歳)	取得年月日	年 月 日					
		被保険者区分	・ 本人 ・ 家族 (氏名)				負担割合 割	
住所	〒	公費負担者番号						
		公費受給者番号						
電話番号		公費有効期限	年 月 日まで					
携帯電話番号		立川総合病院 ID						

紹介目的	上部消化管造影検査異常指摘 便潜血陽性 その他 () ※緊急対応を要する内視鏡検査依頼はお受けできません。	
既往歴		
現在の処方	※抗血小板薬等の内服あれば休薬の可否についてご指示いただけると幸いです。	
紹介元医療機関名		電話番号
医師名		FAX
受診希望日 ①	月	日
②	月	日

※消化器内視鏡専門外来は毎週水曜日のみとなります。

※折り返し「消化器内視鏡専門外来を受診される方へ」を FAX します。患者さんにお渡しください。

立川総合病院 医療連携室 TEL0258-33-3111 FAX(直通)0258-34-4803