

診療情報提供書(胃がん・大腸がん検診の精密検査依頼)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院
 消化器内科 担当先生
 TEL 055-948-3111 / FAX 055-948-2103

紹介元医療機関	
医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX	
医師名	

フリガナ		男 女	(生年月日)
患者氏名			年 月 日 歳
現住所	〒		電話番号

当院受診歴 有 ・ 無

紹介目的	次にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 胃がん検診の精密検査 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診(便潜血検査陽性)の精密検査
病名 既往歴 家族歴 投薬内容	※ 特記事項がある場合は、ご記載願います。

備考

- ・ 待ち時間なく優先的に診察いたします。
- ・ 受診日より、約2週間以内に検査が可能です。
- ・ 紹介状をご持参の上、受付時間内に受診するようご案内下さい。
- ・ 上部消化管内視鏡検査において、経鼻・経口及び鎮静剤を使用した検査が可能です。
- ・ 検査後、検査結果を紹介元医療機関の先生へお送りします。