

診療情報提供書（大腸検査予約用）

年 月 日

J A 吉田総合病院 担当医 先生御侍史

〒731-0595 安芸高田市吉田町吉田 3666
地域医療連携室 行

FAX : (0826) 47-0050

紹介元医療機関 名称 住所 医師名 TEL	FAX
-----------------------------------	-----

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
住所	TEL	
主訴および傷病名・臨床経過・既往歴		薬物アレルギー： 無・有 喘息： 無・有 感染症： 無・有 (HB抗原・HCV抗体)
既往歴 ・狭心症 ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・緑内障 ・()	・抗血小板薬・抗凝固薬の処方 (無 ・ 有) 《薬剤名： 》 ・検査にあたり上記の休薬は (する ・ しない) ・休薬される場合 ____月 ____日から	
臨床所見および検査目的、現在の処方、備考		
検査希望日 ① 月 日 () 曜日 ② 月 日 () 曜日 ③ 月 日 () 曜日	吉田総合病院の検査食の使用： 有 ・ 無 (どちらかに○をつけて下さい)	

◎事前にカルテを作成いたしますので、以下、患者様情報をご記載のうえ、送信願います。

被保険者証 (国保・社保・その他 、本人・家族)

保険者番号									
記号番号									
被保険者氏名									

※高齢者受給者証
2割・3割

後期高齢者医療受給者証 (1割・3割)

保険者番号								
被保険者番号								

公費負担医療受給者証

公費負担番号								
受給者番号								

※当院に対し、お気づきの点、ご要望等ありましたら、連携室までご連絡をお願い致します。