

年 月 日

上部消化管内視鏡検査申込依頼書〔診療情報提供書〕

大阪府済生会 野江病院
地域医療連携課 御中

TEL 06-6932-0701(直通)
FAX 06-6932-7002(専用)

紹介元医療機関名		医師名	
TEL		FAX	

目的

経過

当院での内視鏡検査の有無〔有・無〕

抗凝固剤使用〔有・無〕

〔検査希望日時〕 月 日 時

フリガナ			性別	被保険者	続柄
氏名	[姓]	[名]	男・女		本人・家族
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生		〔 才〕		
住所	(〒 -)				
	TEL []				

保 險 者																				
	[記号]	[番号]				公 費														
資格取得年月日	年 月 日				年 月 日															
有効期限	年 月 日				年 月 日															

医療受給者証一部負担金割合 ※【1割 2割 3割 助成】
高齢受給者証一部負担金割合 ※【1割 2割 3割 助成】

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。上記欄の記載は結構です。