

## 診療情報提供書（兼）検査依頼書

年 月 日

## 泉大津急性期メディカルセンター

セット検査 担当医先生

医療機関名

医師名

印

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様			年 月 日生まれ（ 歳）
住 所	〒 -		TEL	
傷病名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 上腹部・肝・胆・膵疾患のスクリーニング <input type="checkbox"/> 胃炎・胆膵疾患のフォロー			
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々>				

## 【予約項目】

 消化器疾患スクリーニングセット検査 （腹部エコー・胃カメラ）

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

泉大津急性期メディカルセンター 地域医療連携室 〒595-0031 泉大津市我孫子97-1 TEL0725-58-8235

2024年12月1日作成