日付：

金町中央病院 診療情報提供書（内視鏡検査予約患者用）

〒125-8588
東京都葛飾区金町 1-9-1
金町中央病院
内視鏡検査御担当先生　御侍史

〒

担当医：　　印

フリガナ	
患者氏名	

紹介目的	☐ 上部内視鏡検査　　☐ 下部内視鏡検査
検査目的	☐ 貧血　☐ 嘔気・嘔吐　☐ 食思不振　☐ 胸痛　☐ 心窩部痛 ☐ 便潜血反応陽性　☐ 血便　☐ 下腹部痛　☐ 下痢　☐ 便秘 ☐ ポリペク後の F/U ☐ その他（　　）
前医紹介	☐ あり（前医からの紹介状のコピーをお願いします。当院より前医へ報告書を送付します） ☐ なし
結果説明	☐ 紹介元医療機関 ☐ 金町中央病院
報告添付	☐ CD-R データ希望
備考	

※　検査当日に生検を施行した場合は、結果の送付までに 2〜3 週間程度を要します。