

内視鏡検査依頼票
(診療情報提供書)

公益財団法人佐々木研究所附属 杏雲堂病院

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台1-8

内視鏡室 TEL 03-3292-2051(内線 2309)

ふりがな		午前	
氏名	様 男・女	予約日 年 月 日	時 分
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	午後	
連絡先	昼間 () 自・勤	紹介元医療機関名	御担当医師
TEL	夜間 () 自・勤		

臨床診断

検査部位、臨床経過及び検査目的(具体的に)