

診療情報提供書（検査科依頼書）

独立行政法人地域医療機能推進機構

年 月 日

東京蒲田医療センター

〒144-0035 大田区南蒲田2丁目19番2号

TEL 03(3738)8221 (病院代表)

FAX 03(5744)3280 (地域連携室)

*事前にFAX送信をお願いします

紹介元

医療機関名

所在地

1) 電話予約日 月 日

2) 検査予定日 月 日

予約時間 時 分

医師氏名

先生

TEL

フリガナ		男 ・ 女	当センター受診歴 有 ・ 無		年 齢
患者氏名			生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳
患者住所		連絡先TEL			

腹部エコー

肝・胆・膵

検査依頼の目的、特に知りたい情報、臓器などをご記入下さい。