

# 腹部エコー検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 地域医療連携室(FAX 045-853-8356)

紹介医療機関の名称

住所 〒( - )

電話番号

FAX 番号

紹介医師名

横浜医療センターの受診歴 ある ない

※ありましたら診察券の番号をご記入ください。( - )

ふりがな	性別	生 年 月 日
氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

〒( - )

住所 電話番号 ( - )

## 医療情報

・主訴、診断名(内服薬有りの場合は処方内容もお願いします)

・腹部エコー検査目的

※必要なデータを持参(もしくは添付)してください。