

(当院ID:) VF指示書(診療情報提供書) 医療法人社団 康明会 康明会病院

基院病歴	No.	検査日・時	年	月	日 (曜日)	午前	時	分
						午後	時	分
氏名	ふりがな		性別	男・女		体重 kg		
	様		生年月日			年	月	日
住所						TEL() -		
御依頼先医療機関名			依頼医		科名	依頼年月日		
診断名:								
検査部位及び目的								
<input type="checkbox"/> 嚥下造影検査								
<input type="checkbox"/> その他: 右記以外の特別な検査食があればご記入下さい。(基本セット: 全粥・とろみ水・ゼリー)								
※症状経過及び治療歴、血液検査結果、現在使用している薬剤をご記入下さい。お薬手帳のコピーでも可。								

※コピー添付部分