

# 上部消化管内視鏡検査予約申込書兼診療情報提供書

専用FAX

029-233-9916

専用電話

029-233-9937

申込受付時間： 平日8時30分～17時 土曜8時30分～12時30分

お申込日 年 月 日

|          |
|----------|
| 紹介元医療機関名 |
| ご担当医名    |
| 〒<br>住所  |
| 電話 FAX   |

## 検査希望日

第1希望日 年 月 日( )

第2希望日 年 月 日( )

第3希望日 年 月 日( )

|  |       |       |      |    |   |
|--|-------|-------|------|----|---|
| フリガナ   |       |       | 男・女  | 年齢 | 歳 |
| 患者氏名   | 様     |       |      |    |   |
| 生年月日   | T・S・H | 年 月 日 | 電話番号 |    |   |
| 検査目的   |       |       |      |    |   |
| <input type="checkbox"/> 二次検診  |       |       |      |    |   |
| <input type="checkbox"/> 腹部症状 ( )  |       |       |      |    |   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )   |       |       |      |    |   |
| 主な既往歴  |       |       |      |    |   |
| 抗凝固剤及び抗血小板剤の確認 <input type="checkbox"/> 服用あり(薬剤名 ) <input type="checkbox"/> 服用なし |       |       |      |    |   |
| 感染症 未検査・無・有 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・他( ) )   |       |       |      |    |   |

時間外、休診日のFAX送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。

(休診日 日曜日、祝祭日)