

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
〒
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)