

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・祝日開院日 8時30分～17時

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					
住所						
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：土曜日、日曜日、祝祭日(祝日開院日は除く)
年末年始(12月29日～1月3日)