

診療情報提供書(上部内視鏡検査 予約依頼票)

申込日 年 月 日

【紹介元】 医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療科: \_\_\_\_\_  
 医 師 名: \_\_\_\_\_  
 所 在 地: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大	年	月	日	男 女
			昭・平	(	歳)		
住所	〒 -						
電話番号	Tel. - -						
検査方法 <small>該当項目に ○を付けて 下さい。</small>	<p><b>経口・経鼻</b> *経口の場合 鎮静剤使用の希望 (有・無)</p> <p>*抗凝固薬服用(有・無) *降血糖薬服用、インスリン治療(有・無)</p> <p>*感染症 HBsAg(+ -)・HCV(+ -)・RPR(+ -)・TPHA(+ -)</p> <p>未実施(検査をされていないければ不明でかまいません)</p>						
傷病名							
紹介目的							
既往歴 手術歴							
経過・処方・ 検査結果							
当院への受診歴	(有・無) → 受診科: 診察券番号:						
受診日	① 月 日・② 月 日・③ 月 日 or 希望曜日( 曜日)						

注:妊娠中または妊娠の可能性がある場合は、内視鏡検査は原則として行いません。

- \* 折り返し、FAXにて「検査予約票」、などの必要書類を返信させていただきます。  
 受付時間;《月・火・水・金》8時30分~19時30分、《木曜日》8時30分~17時00分  
 《土曜日》8時30分~12時30分 TEL; (06)6836-1195(直通)  
 なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受け付けは翌日対応となります。
- \* 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、この診療情報提供書を持参の上、当院の「初診受付」へお越しください。さるようにお伝えください。