

上部消化管内視鏡検査 予約申込書

※ 時間外・休日の送信分につきましては、翌日(祝日除く)のご連絡となります

◀ 紹介患者情報 ▶

◀ 紹介元情報 ▶

<フリガナ>

患者氏名： _____ 様

生年月日：明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別： 男性 ・ 女性

TEL 番号： _____

住所： 〒 _____

<フリガナ>

医療機関名： _____

所在地： 〒 _____

TEL 番号： _____

FAX 番号： _____

診療科： _____ 科

ご担当医師名： _____ (印)

◀ 検査日時 ▶

月 _____ 日 () _____ :

◀ 診断名(必須) ▶

◀ 検査目的 ▶

◀ 事前確認事項 ▶

●薬剤アレルギー： なし あり (薬剤名： _____)

●障害： なし あり (四肢障害/視覚障害/聴覚障害/言語障害/排泄障害)

●特定疾患： なし あり (緑内障/糖尿病/心疾患/前立腺肥大)

●血糖降下剤： 服用していない 服用中

●胃粘膜保護剤： 服用していない 服用中

●抗凝固血小板薬： 服用していない
服用中 ⇒ 薬剤名： _____

※内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行できません

●妊娠： していない 妊娠中 可能性あり

◀ 備考・特記事項 ▶

検査結果 . . . 出来次第、紹介元医療機関様へ郵送いたします