

内視鏡検査予約依頼書 兼 診療情報提供書 (FAX用)

医療法人若葉会 堺若葉会病院
内視鏡 担当医

紹介元機関
所在地
TEL
FAX
医師名

ID番号 :
(当院使用欄)

フリガナ :		男 ・ 女
患者氏名 :		
生年月日 : 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
住 所 : 〒 —	TEL :	
	携 帯 :	
当院の受診歴 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
保険種別 : <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査依頼名 :		
上部消化管内視鏡 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻) 経口の場合 : 鎮静剤 (有 ・ 無)		
所見 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 患者さんへ検査結果説明 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
※下部内視鏡検査に関しては、受診の上検査日を決定致しますので受診日予約をお願いします。		
検査(紹介)目的 :		
<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在の処方内容 : (※お薬手帳のコピーで可能です。)		
予約希望日時 :		感染症
<input type="checkbox"/> 指定なし	第一希望 : 年 月 日	無 ・ 有 ・ 未
<input type="checkbox"/> 指定あり	第二希望 : 年 月 日	HCV抗体 ・ 抗原HBs ・ ワ氏
	第三希望 : 年 月 日	(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -)
希望が通らないとき : 曜日 午前 ・ 午後 希望		