

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

紹介元機関

内視鏡 担当医

所在地

T E L

ID番号 :

F A X

(当院使用欄)

医師名

フリガナ :

患者氏名 :

男・女

生年月日 : 明・大・昭・平・令 年 月 日 生 (歳)

〒 住 所 :

T E L :

携帯 :

当院の受診歴 : あり なし 不明

保険種別 : 健康保険 生活保護 その他 ()

検査依頼名 :

上部消化管内視鏡 経口 経鼻 経口の場合 : 鎮静剤 (有 · 無)

所見 : 要 不要 患者さんへ検査結果説明 : 要 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 :

精査・診断 経過観察 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 :

指定なし

第一希望 : 年 月 日

感染症

無・有・未

第二希望 : 年 月 日

HCV抗体・抗原HBs・ワクチン

指定あり

第三希望 : 年 月 日

(+ - -) (+ - -) (+ - -)

希望が通らないとき : 曜日 午前・午後 希望