公立香住病院　地域連携室　宛

上部消化管内視鏡検査予約申込書兼診療情報提供書

ＦＡＸ　０７９６－３６－１８９７
ＴＥＬ　０７９６－３６－１１６６

お申込日　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名	
ご担当医名	
ＴＥＬ（　　）　－　　ＦＡＸ（　　）　－	

《検査希望方法》
- □　経口
- □　鼻腔

《検査希望日》
- 第１希望日　令和　　年　　月　　日（　　）
- 第２希望日　令和　　年　　月　　日（　　）
- 第３希望日　令和　　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 □　二次検診 □　腹部症状＿＿＿＿＿＿ □　そ の 他＿＿＿＿＿＿				
抗凝固剤及び抗血小板剤の確認　□服用有　薬剤名＿＿＿＿＿＿ □服用無				
ワーファリン内服の場合は直近のＩＮＲ＿＿＿＿＿＿				
アレルギー暦　□有　薬剤名＿＿＿＿＿＿ その他＿＿＿＿＿＿ □無				

※ 時間外、休診日のＦＡＸ送信は可能ですが、当院からの連絡は、翌日または、休み明けになります。