

情報提供書 (兼 内視鏡検査依頼書)

フリガナ		医療機関名
患者様氏名	様	御住所
生年月日	年 月 日	
性別	男 ・ 女	電話
当院診察券番号		Fax
検査日時	年 月 日	御担当医

<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡
<input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査	

検査時期	<input type="checkbox"/> 通常検査	<input type="checkbox"/> 緊急検査
鎮静剤希望	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
抗血小板薬・抗凝固薬内服	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

【検査目的】
【臨床所見・既往】
【備考】

医療法人社団謙仁会 亀有病院
 予約センター直通番号 03-3601-0371
 代表 03-3601-0186
 FAX 03-3604-5518