

上部消化管内視鏡検査 申込用紙 兼 紹介状(診療情報提供書)

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | |

(市民病院ID番号:)

| | | | | | |
|--------------------|----------------|--|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | |
| 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 | . | | | | |
| 老人(1割 ・ 3割) | 保険者との続柄(本人・家族) | | | | |

フガナ

患者氏名: 様 (男・女) 紹介元医療機関の名称・所在地

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日

患者住所:

電話番号:

| |
|------------------|
| 検査予定日: 年 月 日 () |
| 午前 ・ 午後 時 分 |

電話
FAX
医師名

【診断名・主症状・検査目的・指示などをご記載ください。】

【感染症検査(HBsAg・HCVAAb・ワ氏)】 感染症検査の結果を添付して下さい。

感染症(1年以内のもの)

無 有(HBsAg・HCVAAb・ワ氏) 当日検査結果持参

【抗血栓薬の使用】 その他、休薬の詳細につきましては別紙をご参照下さい。

無

ワーファリン 月 日より中止 プレタール 月 日より中止

アスピリン 月 日より中止 _____ 月 日より中止

パナルジン 月 日より中止 _____ 月 日より中止

※ 上記服用中だが中止不可または中止しなくて良い

【電話で検査予定日が確定しましたら、当日はご本人に持参するよう説明をお願いします。】