

内視鏡検査依頼書

年 月 日

葛城病院 内視鏡室

消化器内科

担当医

先生

FAX 送付先 : 072-422-9976

紹介元医療機関の名称・連絡先

貴院名 : _____ 様

主治医先生ご氏名 _____ 先生

TEL : _____ FAX : _____

| | |
|--|-----------------------------|
| フリガナ : 患者氏名 : _____ 様 男 ・ 女 | 生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳) |
| 住所 : 〒 _____ | |
| TEL : _____ (できれば当日にご連絡がつくよう携帯番号もご記入をお願いします。) | |

該当項目にチェック、ご記入をお願いします。

| | |
|-------|---|
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃部不快感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 喉の違和感 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 疾患名 | _____ |
| 既往歴 | _____ |
| 処方内容 | _____ |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) |
| 検査希望日 | 第1希望 / 第2希望 / 第3希望 / |
| 備考欄 | _____ |

医療法人 大植会 葛城病院

内視鏡室 TEL : 072-422-9975

FAX : 072-422-9976