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 | □上部内視鏡検査　　　　□下部内視鏡検査  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査目的 | □スクリーニング　□腹痛　□胃部不快感　□嘔気・嘔吐　□食欲不振  □喉の違和感　　　□胸やけ　□貧血　　□吐血　　□下血　□体重減少  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 疾患名 |  |
| 既往歴 |  |
| 処方内容 |  |
| アレルギー | □　なし　　□　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