上部消化管内視鏡検査申込書（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

紹介医療機関・医師名・電話・FAX

送信先：さくら会病院地域連携室
FAX：072-367-7775

フリガナ 氏名		男 ・ 女	住 所		
生年月日	T・S・H・R 年　　月　　日　（　　歳）			電話番号 携帯番号	
さくら会病院受診歴		有・無		ID 番号	

検査のご希望	□経鼻内視鏡　□経口内視鏡　□どちらでもよい（施行医におまかせ）
鎮静のご希望	□鎮静下の検査希望　□鎮静なしでの検査希望　□どちらでもよい ※鎮静を希望される場合は、公共交通機関にてお越し下さい。
日程のご希望	第一希望　　月　　日　　曜日　　AM/PM
	第二希望　　月　　日　　曜日　　AM/PM
	□特に日程の希望なし　□緊急性ありなるべく早く
抗凝固剤内服	□なし　□あり（　　）※ 必ずしも抗凝固剤の内服中止は必要ありません。
既往歴	□なし　□あり（　　）
緑内障	□なし　□あり（□閉塞隅角緑内障　□開放隅角緑内障　□詳細不明）
ピロリ菌除菌療法	□貴院にて　□当院にて　□どちらでもよい
主訴・症状経過等	
その他のご希望	□なし　□あり（　　）

★この用紙は診療情報提供書（紹介状）を兼ねています。

★予約が取れましたら、『予約表』を FAX にて返信させていただきます。

★通信欄