

電話受

月

日

:

担当者

検査申込書 兼 診療情報提供書 (FAX 用)

平成 年 月 日

紹介元機関

所在地

太枠の中をご記入の上
FAXして下さい。

TEL / FAX

医師氏名

フリガナ 患者氏名				男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (歳)
住 所	〒 -	TEL ()		-
神戸朝日病院での 受診歴	有	無	不明	
検査内容	上部内視鏡 (経鼻・経口) 経口の場合:鎮静剤 (有・無) 下部内視鏡 (前処置: 貴院にて実施・当院にて実施) <small>※上部は月～土の午前、下部は月～土の午後に実施しています。</small>			
検査 (紹介) 目的	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性	<input type="checkbox"/> 精査・診断	<input type="checkbox"/> 治療	
現病歴:	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他
喘息 (有・無)				
中止する薬剤 (無・有 ⇒	[]日まで中止)			
現在の処方内容				
検査希望日	第1希望	月	日 ()	第2希望 月 日 ()
	<input type="checkbox"/> 希望日なし	<input type="checkbox"/> ご都合の悪い日	()	
主保険	保険者番号	記号・番号		本人
併用保険	負担者番号	受診者番号	種別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無