

電話受

月

日

:

担当者

内視鏡検査申込書 兼 診療情報提供書(FAX 用)

令和 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>			
【患者情報記入欄】				
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)			
現在の処方内容(服用されている薬を教えてください) ※お薬手帳のコピーで可能です				
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	
併用保険	負担者番号	受診者番号		種別
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無