

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(臨床経過、検査目的、他の検査結果 等)				
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		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