年　　月　　日

災害医療センター　医療連携室　宛　　ＦＡＸ　０４２－５２６－５５４７

上部消化管内視鏡検査依頼書

□ 希望日時：　　年　　月　　日（　　）　午前　　時　／　希望なし
□ 結果報告：　　郵送のみとなります

傷 病 名：
検査目的：
臨床情報：
既 往 歴：

※詳細につきましては紹介状にご記入願います。

★☆禁忌チェック事項☆★（必ずご記入ください）

○抗血小板薬・抗凝固薬服用　　有（薬品名　　）　・　無
○ｱﾚﾙｷﾞｰ・喘息　（　有　・　無　）　○妊娠　（　有　・　無　）　○体重（　　）kg
○感染症（　HB,＋・－・不明　／　HVC,　＋・－・不明　／　W 氏,　＋・－・不明　／　MRSA,　＋・－・不明　）

※感染症は現在検査されているものでご記入お願いします。

貴医療機関名
住　　所　〒
貴 医 師 名
TEL：　　（　　）　　FAX：　　（　　）

ご紹介いただきます患者様についてご記入ください。

フリガナ	
ご氏名	
生年月日	M・T・S・H・R　　年　　月　　日

貴院ＩＤ No.＿＿＿＿＿＿
男　・　女　　年齢　　歳
当院受診歴　有　無　不明
→ ID：＿＿＿＿＿＿

住　　所　〒　　－
県　　区
東京都　　市　　町
電　　話　　（　　）

保険情報　※保険証・各受給者証のコピーを FAX してください。又は下記欄にご記入ください。

保険者番号									
記号			番号						
公費負担番号									
公費負担受給者番号									

被保険者との続柄
本人　・　家族

資格取得日：

有効期間：　　～

受付時間　　月～金　８：３０　～　１７：００
TEL　０４２－５２６－５６１３　　FAX　０４２－５２６－５５４７

※　予約取得後、予約通知書を FAX にてご返送いたします。
※　時間外・休日のお申込は、翌日受付となります。
※　お急ぎの時はお電話にてご連絡をお願いいたします。