

年 月 日

## 上部消化管内視鏡検査申込書（診療情報提供書）

FAX 送信先 谷向病院 地域連携室 FAX

紹介医療機関名	
医師名	
住所	
電話・FAX	

フリガナ		生年月日	年月日（才）
氏名	男・女	TEL	
		当院受診歴	有 ・ 無
住所			
保険情報	保険者番号	記号	番号 本人・家族
	公費負担番号	公費受給者番号	負担割合 割
希望日	①	月	日 時頃
	②	月	日 時頃
	③ いつでも可		
検査方法	<input type="checkbox"/> 細経内視鏡を使用して経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 鎮静希望 * 検査方法は必要に応じて変更することがあります。 <input type="checkbox"/> 併せて骨密度も希望		
来院方法	独歩・車椅子・ストレッチャー		
主訴・検査目的等：			
内服：			