

上田病院・上部内視鏡検査 申込書

◆ 検査申込可能日

月曜日 ~ 金曜日
10:00 ・ 10:30 ・ 11:00 ・ 11:30

◆ 検査希望日

① 月 日 (曜)

② 月 日 (曜)

③ 月 日 (曜)

特に希望なし

都合の悪い日()

◆ 依頼元機関

| |
|------|
| 所在地 |
| 名称 |
| TEL |
| FAX |
| 担当者名 |

◆ 患者情報 当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|---------------|
| ふりがな 氏名 | 性別 男 ・ 女 | 生年月日 年 月 日 (歳) | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 |
| 検査目的: | | | |
| 保険者番号 | 記号 | 番号 | 有効期限 |
| 公費負担番号 | 公費受給者番号 | | |
| 現状: 貴院にて待機中 ・ 帰宅 | 移動方法: 独歩 ・ 車いす ・ ストレッチャー | | |
| 感染症結果(6ヶ月以内): 結果あり ・ 貴院にて検査中 ・ 実施なし | | | |
| 糖尿病薬内服: なし ・ あり | 抗凝固剤内服: なし ・ あり | | |
| ご予約当日、来院されなかった場合のご本人への連絡: 貴院から ・ 当院から | | | |

◆ 注意事項

- * 診療情報提供書とともにFAXしてください。
- * 検査予約時間の1時間前に来院していただき、担当医が診察をいたします。
検査の説明後に同意書にご署名をしていただくこととなります。
- * ご不明な点はお問い合わせください。

【 上田病院 地域医療連携室 】

TEL 06-6334-9441 (直通)
FAX 06-6151-3718 (直通)

TEL受付時間 平日 9時00分~16時30分
土曜日 9時00分~11時30分