

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:			
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 地域連携室】

TEL 06-6151-3158 (直通)

FAX 06-6152-8532 (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