

長岡赤十字病院 内視鏡(上部消化管)検査  
 共同利用申込書兼診療情報提供書  
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

2015.10

医療機関名  
 所在地  
 TEL・FAX

担当医師名

送付日 平成 年 月 日

◆患者情報

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	T・S・H	年	月 日
住所			電話	( )	—

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

保険証記号番号		医療証負担者番号							
保険者番号		医療証受給者番号							
被保険者区分	本人 ・ 家族		負担割合	割					

◆臨床診断・検査目的(方法・方向など含む)

◆抗凝固剤・抗血小板剤の服用 ( + ・ - )

薬剤名 ( )

休薬日 ( 月 日から)

◆ブスコパン使用 ( 可 ・ 否 )

◆感染症既往 ( 有 ・ 無 ・ 未検査 )

HB ( )

HCV ( )

HIV ( )