

# 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 0258-28-9060

令和      年      月      日

長岡赤十字病院 宛

紹介元

TEL : 0258-28-3600 (代表)

医療機関名

FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)

医 師 名

申込受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

TEL :

FAX :

ご紹介患者様情報

フリガナ		性 別	当院受診歴
氏 名		男・女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生年月日	明・大・昭・平・令      年      月      日	(      歳 )	(旧姓:      )
住 所	〒	電話番号	
		自宅	—      —
		携帯	—      —
記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		受給者番号	
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (      割)	公費有効期限	年      月      日

検査希望日	①      月      日 (      ) ※希望に添えない場合がありますのでご了承ください		
	② 当院にお任せ      ※都合の悪い日 (      )		
臨床診断 検査目的 (別紙可)			
ブスコパン使用	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
抗凝固剤・ 抗血小板の服用	<input type="checkbox"/> 継続中 (生検禁) <input type="checkbox"/> 継続中 (生検可) <input type="checkbox"/> 中止 (生検可) <input type="checkbox"/> 無 (生検可)		
薬 剤 名	休 薬 日	月      日から	
感染症既往	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (HB[      ] HCV[      ] HIV[      ])		