

【上部内視鏡検査 依頼書】

紹介元 医療機関名		電話番号		依頼医師	
フリガナ					
患者氏名	様	生年月日	T S H R	年 月 日 (歳)	男・女
検査目的					
現在の処方薬	抗血栓薬、抗凝固薬などの有無				
アレルギーの有無					
鎮静の希望	有・無 (鎮静を希望される場合は別紙同意書が必要です)				
挿入方法の希望	経口・経鼻				
当院受診歴	有・無・不明				

検査予約日時	年 月 日 ()	午前	時	分
--------	-----------	----	---	---

佐用共立病院 臨床検査科 ☎(0790)82-2321 内線 146

2024.10 作成