

内視鏡検査 予約申込書

令和 年 月 日

津和野共存病院 地域医療連携課 宛 (FAX 0856-72-4039)

貴院医療機関の名称:

電話番号 FAX

先生のお名前 先生

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
現住所	〒()		
連絡先			

主保険	保険番号				記号・番号				1. 本人 2. 家族	
併用保険	負担者番号				受給者番号				給付割合	<input type="checkbox"/> 併用なし
1									0割・1割・2割・3割	
2								()		

<input type="checkbox"/> 上部 (食道・胃・十二指腸) { <input type="checkbox"/> ・鼻 }	
<input type="checkbox"/> 下部 (内視鏡の検査説明)	
医療情報 (主訴、経過)	
希望日時、又は都合の悪い日時など	
心疾患	: 有り () ・ 無し
緑内障	: 有り () ・ 無し
前立腺肥大	: 有り () ・ 無し
感染症のデータがありましたら(年 月 日):	
HBs抗原	: + / -
HCV抗体	: + / -
W氏	: + / -

※抗血栓剤投与中の場合は別紙を参照ください。

※本書をFAXされる前に右記連絡ください。 連携課直通 (0856) 72-4033