

診療情報提供書 兼 検査依頼書

フリガナ		貴院名称 ※押印可 所在地 TEL FAX ご担当者
患者氏名		
足柄上病院ID	男・女	
住所		
TEL		
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日 歳	

消化器内科 担当医 御中

● 上部消化管内視鏡検査

予約希望日

セデーション(鎮静剤) ☐希望する ☐希望しない
※鎮静剤をご希望の場合は当日、車の運転が出来なくなることをお伝え下さい。

● 超音波検査

予約希望日

[☐腹部 ・ ☐頸動脈 ・ ☐下肢静脈 ・ ☐表在(甲状腺)・ ☐心臓]

※ 緊急の内視鏡検査のご依頼は、直接消化器内科医師へ電話でご相談下さい。

検査目的

☐検診精査 ☐その他精査 ☐スクリーニング ☐患者希望 ☐()

必要時、下欄に詳記ください
(病歴、重点的に観察を希望する部位など)

※ 検査の注意事項

- ・内視鏡検査、腹部超音波検査は、朝から絶飲食でお越しください
- ・経口糖尿病薬は中止してください
- ・抗血栓薬は内服継続してください
- ・インスリン製剤は主治医の判断でお願いします

総合診療科・小児科(18歳未満) 担当医 御中

● 脳波

予約希望日

本状を地域医療連携室にてFAX受信受付後、折り返し予約回答書をFAX送信いたします。

FAX(地域医療連携室直通)
0465-82-1191

予約検査FAX受付時間
平日 8:30~16:30

FAX予約に関する問い合わせ先
0465-83-0351(代) 内線3331