

信州上田医療センター
 内視鏡室 宛
 FAX : 0268-22-2108
 TEL : 0268-22-1890(代表) 内線3251

上部消化管内視鏡検査申込書(情報提供書)

申込日: 平成 年 月 日 受付No.

施設名			医師名		
電話番号			FAX番号		
フリガナ 患者氏名			生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
患者住所				患者TEL.	
保 険		保険証番号	※保険証コピーもFAX願います		
検査目的					
検査希望日	第1希望	平成	年	月	日
	第2希望	平成	年	月	日
	第3希望	平成	年	月	日
		いつでもよい			
抗凝固剤・抗血小板剤 (1) 1剤のみ (2) 2剤以上	ワーファリン	あり (PT-INR値) ・ なし			
	アスピリン	あり ・ なし			
	プラビックス	あり ・ なし			
	パナルジン	あり ・ なし			
	プレタール	あり ・ なし			
	その他				
ブスコパン筋注	可 ・ 否				
その他疾患の有無					
今後の診療	自施設で ・ 信州上田医療センター				
備考・要望事項					
内視鏡写真CD	要 ・ 不要				