



聖光ヶ丘病院 内視鏡センター 行
FAX 04-7171-2062

上部内視鏡検査 依頼書（診療情報提供書）

お申込日 平成 年 月 日

紹介元	医療機関名	
	ご担当医名	
	連絡先	TEL FAX

内視鏡検査の予約は、まず内視鏡センターに電話で予約空き状況の確認をしてください。

電話：04-7171-2562 受付時間：平日9時～16時30分 土曜：9時～12時

フリカナ	性別
患者氏名	男・女
生年月日 年齢	大正・昭和・平成 年 月 日 生 才
患者連絡先 電話番号	携帯番号 固定電話

検査内容： 上部内視鏡検査

現在お使いのお薬に○をつけてください

ワーファリン プラザキサ イグザレルト
バイアスピリン バファリン81 パナルジン
プラビックス プレタール ペルサンチン
エパデール アンプラーグ オパルモン

その他内服中のお薬

感染症の有無 梅毒反応 HBs-Ag 陽性 HCV-Ab 陽性

薬物アレルギー 有（ ） 無

検査目的

下部内視鏡検査ご希望の場合

下部内視鏡検査は、事前に受診が必要となります。患者様のご都合の良い日時にご来院いただき、受診時に検査の予約をお取りいただきます。こちらの用紙は不要となります。

内視鏡受付印	医事課印	カルテ ID
/	/	

お問合せ先：
内視鏡センター
TEL 04-7171-2562