

胃・大腸内視鏡検査用 FAX検査予約申込書 兼 診療情報提供書  
FAX:048-613-3925

JCHOさいたま北部医療センター  
〒331-8625  
埼玉県さいたま市北区盆栽町453  
地域医療連携室 TEL 048-653-7858

平成 年 月 日

貴院の名称  
所在地  
医師名

診療科 内科

TEL( )

医師名

FAX( )

(希望医師名がない場合は記入不要)

フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
当院受診歴	有 ・ 無		電話	( )			

検査希望日	第1希望日	平成	年	月	日
	第2希望日	平成	年	月	日
	第3希望日	平成	年	月	日
	いつでもよい				

検査依頼	検査名	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査	
	感染症採血	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 [HB抗原( - ・ + ) HCV抗体( - ・ + ) ワ氏( - ・ + )]	
	抗凝固薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休薬 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
	現在投与している薬剤		
<p>※当院指定の説明書・同意書・問診票をあらかじめ配布していただき、同意書・問診票を記入のうえ、持参していただきます。</p> <p>※大腸の場合、前日下剤はご処方いただき、検査当日下剤は当院内視鏡センターでお飲みいただきます。午前8時30分に来院していただきますようご説明ください。</p> <p>また、当院で検査下剤をご処方する、および入院をご希望の場合は内科初診外来へご紹介ください。</p>			
検査目的・症状・経過等			

※必要事項を記入し、下記番号へFAXいただければ予約をお取りできます。

FAX:048-613-3925