①　上部内視鏡検査申込書 兼 診療情報提供書

申込日　　年　　月　　日

出雲徳洲会病院
消化器内科担当医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

ID:

ふりがな 患者様 氏名	様	男　女	患者様の状態	□ 歩行可　□ 車いす □ ストレッチャー
生年月日	(明・大・昭・平)　　年　　月　　日生　(　　歳)			
住 所	(　　－　　) ☎ (　　)　　－			
予約 希望日	□ いつでも良い □　　月　　日 (　　曜日) 午前　　時　　分 ※予約可能日は月曜、木曜、金曜			

診療情報提供	検査項目	□経鼻内視鏡　　□経口内視鏡
	検査目的	
	症状・経過等	
	＊抗血栓療法について ＊検査に際して抗血栓療法休薬の必要はありません	□ 抗血栓療法なし □ 抗血栓療法あり→薬剤名をご記入ください 検査当日はお薬手帳を持参してもらうようお伝えください

・ホームページから下記書類ダウンロードし、印刷してください

【①診療情報提供書　②内視鏡検査問診票　③同意書、④患者様への説明書】

・必要事項を記入後、下記書類を FAX してください

【①診療情報提供書　②内視鏡検査問診票　③同意書】

・書類①②③④を患者様にお渡しください

----申込先----
FAX：0853-73-7834
出雲徳洲会病院:地域連携室
平日 8：30～16：00