依頼書 ①

FAX 824-2872

検査依頼・診療情報提供書

年　月　日

ブラザー記念病院　行

医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

医師氏名

下記の患者さまの検査を依頼します

フリガナ		職業	
患者氏名			
住　所		電話	
		携帯電話	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　年　月　日生(　歳)	男 ・ 女	
主　訴 または症状			
既往歴	□ なし　□ あり（　）		
内服薬	（　）		
	（　）　□抗凝固薬　□抗血小板薬		
患者に関する 留意事項			
依頼 検査項目	※①、②両方にチェックを入れてください		
	① □ 検査依頼 □ 健診後の二次検査	② □ 胃内視鏡検査 □ 大腸内視鏡検査・・・事前説明と検査の2回来院となります □ カプセル内視鏡大腸検査・・・事前説明と検査の2回来院となります □ カプセル内視鏡小腸検査・・・事前説明と検査の2回来院となります □ 腹部エコー検査 □ 心エコー検査 □ マスター心電図 ※ 単純CT検査については専用の依頼票をご使用下さい	
希望日時	□ いつでもよい　第一希望　月　日(　)　第三希望　月　日(　) 第二希望　月　日(　)		

ブラザー記念病院