

診療情報提供書 / FAX用 紹介患者検査依頼書

高砂西部病院	年	月	日
先生	貴院名		
	住所		
	TEL		
	FAX		
	医師名		

フリガナ	性別	男	女
氏名	生年月日		
	明治 昭和	大正 平成	令和 年 月 日
住所〒			
TEL			
高砂西部病院受診歴(有 ・ 無) TEL(携帯)			

病名	
依頼検査	① 上部内視鏡 ② 下部内視鏡 ③ 腹部エコー ④ 心エコー
	⑤ ERCP(一度、外来受診をお願いいたします。)
	⑥ 胃透視 ⑦ 注腸透視 ⑧ PEG
	⑨ 肺機能検査 ⑩ ホルター心電図
受診希望日	第1(月 日 曜日) 第2(月 日 曜日)

※内視鏡検査ご希望の場合、下記項目必ず記入をお願いいたします。

感染症	B型肝炎 ()	C型肝炎 ()	梅毒 ()	不明 ()
お薬に対してアレルギーはありますか? (あり:薬剤名 ・ なし)				
病歴: 処方内容: 検査: 留意事項				
.....				
.....				
.....				
.....				

- 検査予約受付時間は、月曜日～土曜日の9時～17時です。
日曜・祝日は休み明けに予約票をFAXいたします。
受付時間外(17時以降)の受付分についての返答は、翌日もしくは週明けになります。
○時間の希望があれば、お申し出ください。
○血小板凝集抑制薬・抗炎症薬・抗凝固薬を服用されている患者様の、検査のための服用中止・再開については主治医の判断にてお願いします。

高砂西部病院 病診連携 TEL 079-458-3388 FAX 079-447-0311

内視鏡 検査施行日	月	火	水	木	金	土
午前	○	○	○	○	○	○
午後	○	○	要相談	○	○	要相談
午前、午後以外のお時間でもお気軽にお問合せください						

**** 緊急の場合は、下記へ直接お電話ください。 ****
(代表) TEL 079-447-0100 FAX 079-447-8424