

石切生喜病院 胃カメラ検査 予約依頼書

希望日：

医療機関名：

紹介状（診療情報提供書）も添えてご返信ください。

医師名：

●患者基本情報（当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID:)

フリガナ	生年月日
患者氏名 様 男・女	年 月 日

●胃カメラ

★安全確認 必ずチェックしてください。

抗コリン剤使用【 可 ・ 不可 】抗凝固剤服用【 あり ・ なし 】薬剤名（)抗凝固の継続 ・ 中止（ 日前より）

必ずご記入ください

検査目的【 _____ 】生検【 可 ・ 不可 】鎮静【 あり ・ なし 】

※折り返し、予約票をFAX致します。患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き、当日、初診受付に提出頂きますようお願い致します。

石切生喜病院 地域医療連携室

直通TEL： 072-988-3284

直通FAX： 072-988-3624

予約受付時間（祝日は除く）

月～ 9：00～19：30

土 9：00～12：00