年　　月　　日

上部内視鏡検査申込書　兼　診療情報提供書(紹介元医師記入用)

紹介先医療機関
〒110-8645
東京都台東区東上野2-23-16
ﾗｲﾌ･ｴｸｽﾃﾝｼｮﾝ研究所付属　永寿総合病院
代表電話　03(3833)8381
地域医療連携室　03(3833)8897
FAX番号　03(3834)2351

紹介元医療機関
〒
住所
医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

フリガナ		□明 □大 □昭 □平 □令	年　　月　　日	男・女
患者氏名	殿			
永寿総合病院受診歴	□　なし　　□　あり	診察券番号:		

臨床診断と検査目的:

検査予約日時	年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
臨床診断名 【必須入力】	
症状および X線所見	

被験者チェックリスト(依頼医師が記入して下さい。)

①患者の状態	□　歩行　□　車椅子　□　ストレッチャー
②感染症	□ MRSA (+ −) □ ワ氏 (+ −) □ HB (+ −) □ HCV (+ −) □ HIV (+ −) □ その他 (　　)
③薬物アレルギー	□　無 □　有 (　　)
④凝固剤使用	□　無 □　有　薬品名: (　　) 休止日:　年　月　日 薬品名: (　　) 休止日:　年　月　日 薬品名: (　　) 休止日:　年　月　日

＊経鼻内視鏡検査を希望される場合、予約の際にお伝えください