

診療情報提供書（内視鏡検査依頼書）

医療機関名: _____.

Tel; _____ Fax; _____.

患者氏名 (フリガナ): _____.

生年月日: T・S・H 年 月 日 (才) _____.

住所: 〒 _____.

Tel: _____ / _____.

※ご連絡のつきやすい携帯番号もご記入下さい。

【希望検査】

胃カメラ検査

胸焼け・腹痛 胃透視で異常 腫瘍マーカー高値

その他: _____.

大腸カメラ検査

便潜血陽性 大腸ポリープ 下痢・便秘

腫瘍マーカー高値 血便

その他: _____.

胃・大腸カメラ検査

【検査希望日】

①; 月 日 () 時 分～

②; 月 日 () 時 分～

③; 月 日 () 時 分～

【抗凝固薬内服】あり() なし

〒547-0022

大阪府大阪市平野区瓜破東2丁目11-16OsakaMetro出戸ビル3階

あおぞら内科ホームクリニック

Tel;06-6711-0247 FAX;06-6711-0246