

浅井病院 内視鏡センター

内視鏡検査依頼票（兼・診療情報提供書）

貴院名

ご紹介医

ご住所

電話番号

ご紹介日 年 月 日

患者様氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

電話番号

浅井病院受診歴 あり なし

該当する項目に☑をご記入ください

【依頼内容】

上部消化管内視鏡検査

大腸内視鏡検査

【検査目的】

症状あり(_____)

定期検査

検診精査(内容_____)

その他(_____)

【加療中の疾患】

高血圧 虚血性心疾患 不整脈 糖尿病 緑内障 前立腺肥大

抗血小板薬内服(_____)

特記すべき事項(現症、既往、処方、緊急性など)

初診の方は月曜～金曜の9時30分～10時30分までにご来院いただくよう、患者様にお伝えください。
再診の方は上記に加え、月曜～金曜の13時30分～15時でも受け付けております。

医療法人静和会 浅井病院 内視鏡センター

東金市家徳 38-1

TEL:0475-58-5000(代表) FAX:0475-58-1418