**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**