

上部消化管内視鏡検査申込書（診療情報提供書）  
 FAX 送信先：078-302-2251 地域医療連携センター

神戸市立医療センター 医療機関名：  
 中央市民病院宛  
 【お問い合わせ先】 医師名：  
 TEL：078-302-6031  
 住 所：  
 電話・FAX：

フリガナ			生年月日	年	月	日（才）			
氏名 (旧姓)	男・女		TEL						
			当院受診歴	有	・	無			
住 所									
保険情報	【保険者番号】	【記号】	【番号】	本人・家族					
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】						
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】						
検査希望日	①	月	日	時頃	②	月	日	時頃	③いつでも可
検査方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 鎮静 ※検査方法は必要に応じて変更することがあります。								
来院方法（独歩・車イス・ストレッチャー） 感染症（ ）									
主訴・臨床診断・検査目的等（注意事項等がありましたらご記入ください）									
診断名：									

※必要事項を記載の上、同意書を当日持参するようご案内願います。