

令和 年 月 日

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

医療機関名：
神戸市立医療センター

中央市民病院宛 医師名：

【お問い合わせ先】

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			
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"/> 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。