

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

神戸市立医療センター  
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<br>(旧姓)                          |                                                                                                                 | 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"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 鎮静<br>※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。