内 視 鏡 検 査 申 込 書

20　　年　　月　　日

紹介先
北信総合病院 地域医療連携課
TEL 0269-23-2160
FAX 0269-22-2812

紹介元医療機関
所在地
TEL
医師氏名

患者	フリガナ 氏　名		生年月日 年　月　日	男　女
	住　所	市 町 村	ＴＥＬ 携帯電話	―　― ―　―

特記事項	感染症　（ 有・無・未検 ）有りの場合詳細を記載（　　）
	アレルギー　（ 有 ・ 無 ）有りの場合詳細を記載（　　）

傷 病 名	
検査目的	
抗血栓薬	抗血栓薬の内服 ： あり ・ なし ・内服されている場合は、薬品名を下記にご記入ください （　　） ・ワーファリン内服されている場合は、2ヶ月以内のINR値をご記入ください 検査日　年　月　日　INR値〈　　〉
生検の可否	生検可能 ・ 生検禁止
経 過 な ど	
処 方 状 況	

※ 次回貴院の予約日が決まっていればご記入ください。			年　月　日	
来 院 予 定 日	年　月　日　時　分			
保険情報	保険種別	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者（1割 ・ 3割） ・ 公費／生保		
	保 険 者 番 号		公費負担番号	
	記号 ・ 番号		受給者番号	