

FAX送付

大腸内視鏡検査依頼書

一祐会 藤本病院
地域連携・退院支援課 宛
FAX 072-824-1563

円滑に検査を行うため、お手数ですが下記内容をご記入いただき、FAX送付をお願いします。

ふりがな		男・女	大正	年	月	日	才
患者名			昭和				
住所		連絡先	平成				
ご都合の悪い日があればご記入下さい。	月	日()	令和				
	月	日()					

患者情報	主な基礎疾患
	抗血栓薬 無・有(薬剤名) 月 日から中止)
検査目的	<input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> 精査目的 <input type="checkbox"/> 術前検査
	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> その他()

保険情報(保険情報は、保険証のコピーでも可)

◆被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
資格取得日									
有効期限									
被保険者との続柄									

◆第1公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者記号									
有効期限	~								

◆第2公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者記号									
有効期限	~								

検査依頼医師

病院
医院
クリニック

先生