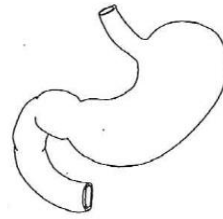


FAX送付

胃内視鏡検査依頼書

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 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 才 |
| 患者名 | | | | | | | |
| 住所 | | | 連絡先 | | | | |
| ご都合の悪い日があればご記入下さい。 | 月 | 日() | 月 | 日() | 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"/> ヘリコバクター検査 <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