

上部消化管造影検査&内視鏡検査検査依頼書

(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

患者	(フリガナ) 氏名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID.) 無	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	職業	
住所	〒			
	☎ ()	—	連絡先 ()	—

検査希望日: 第一希望 月 日 第二希望 月 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 月 日

主保険	保険番号	記号・番号		1. 本人
				2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別	1. 有
				2. 無

検査希望日: X線造影 (食道、胃、十二指腸)

内視鏡検査 (食道、胃、十二指腸)

病名ないし疑い診断:

★ 生検をした際、後日当院での検査結果報告を希望しますか？

希望する

(2~3週間後に外来予約を入れます)

希望しない

(2週間ほどで結果を郵送します)

感染症の有無
(出来れば記入)

HBs抗原 (+、-、未検査)
WA-R (+、-、未検査)

HCV (+、-、未検査)
その他感染症 _____

前回検査の有無

なし あり (年 月)

主治医へのお願い

検査前にブスコパンを注射しますので、下記に疾患をお持ちの場合はチェックをお願いします。

緑内障

心疾患

前立腺肥大症

薬物アレルギー

申し込み先: 神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300