

消化管内視鏡検査依頼票
(診療情報提供書)

たつの市民病院長

医療機関名

紹介医師名

TEL・FAX

検査予約日時	年	月	日	時	分
氏名			様		
生年月日	年	月	日		
性別	男	女	貴院通院	通院	・ 初診

目的部位	上部	・	下部
検査目的			
内服内容			
消化管内視鏡検査前チェック			
セデーション	有	無	
心臓ペースメーカー	有	無	
禁忌事項	()		
内視鏡検査歴	()		
抗凝固薬/抗血小板薬内服	有	無	
(有の場合	種類)