

上部内視鏡検査予約依頼書

平成 年 月 日

杉本憲治クリニック

予約専用電話 : 06-6381-7703

FAX : 06-6381-7725

☆紹介元医療機関名

医療機関名 :

医師名 :

先生

住所 :

電話 :

FAX :

☆検査日時

月 日 () 時 分

予約・確定

次の点をご確認の上、ご予約をお願いします。

※信仰上の理由などから輸血や血液製剤使用を拒否しない(例:エホバ等)。

※車・バイクでの来院不可。

★検査を受ける前に...

① 現在服用中の薬剤名を御記入ください。

()

* その中で抗凝固作用を有する薬剤がありましたら、薬剤名と服用中止日時の確認を
お願い致します。 薬剤名 []

服用中止日時 月 日より中止

② 最近の採血検査データ(一般・凝固系・感染症)があれば、結果を FAX 等でお知らせください。

☆ 保険情報

フリガナ		性別	明・大・昭・平 () 歳		
氏名		男・女	年	月	日生
住所	〒		電話	-	-
			(携帯電話	-	-
保険証番号	記号		番号		
	保険者番号		区分	本・家	
公費負担	負担者番号		老人一部負担金免除	有・無	
	受給者番号		患者負担	1割・2割・3割	
70歳以上	限度額適用・標準負担額減額認定証		無・有(I・II)		