

上部消化管内視鏡検査のみ(診察なし)予約依頼票

紹介元医療機関名	社団医療法人社団 正峰会
紹介医師名	大山記念病院 医療連携室
Tel/Fax	TEL 0795-28-5800 FAX 0795-28-5801

(フリガナ) 患者様氏名:	生年月日・性別
	大・昭・平・令 : 年 月 日 (男・女)

検査予約希望日:	年	月	日 ()	AM	時頃
----------	---	---	-------	----	----

主訴・症状	・胃カメラ経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	【検査結果報告希望】 <input type="checkbox"/> 所見のみ <input type="checkbox"/> 所見+CD ※生検した際は、後日郵送対応。 必ずチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持ち帰り

* 上記記載し、大山記念病院 医療連携室までFAXをお願い致します
(急ぎの場合は医療連携室まで電話連絡をお願い致します)