

保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		受給者番号	
被保険者との続柄(本人・家族)			

内視鏡検査予約申込用紙

令和 年 月 日

紹介先：新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室
(FAX：025-256-6710 TEL：025-256-6700)

紹介元医療機関：

医師名：

TEL

FAX

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住所	〒		TEL ()	
当院受診歴	有 ・ 無	カルテ No		

検査依頼内容 (1 or 2 に をつけてく ださい)	1 .上部消化管 (食道・胃・ 十二指腸) 2 .大腸	
--------------------------------------	--------------------------------------	--

* 大腸内視鏡の場合は、検査の前に外来受診をしていただきます。

ブスコパン	可 ・ 不可	現在投与し ている薬剤 名	
抗凝血剤服用	有 ・ 無		
休薬日	月 日より		

* 上記内容をご記入後、用紙を FAX にてお送りください。連携室にて予約調整の後、予約連絡票をお送り致します。