上部・下部消化管内視鏡検査専用申込書	松下記念病院　　FAX(06)6992-6697（医療連携専用）

診療情報提供書(FAX紹介予約申込書)

松下記念病院　消化器内科　内視鏡室宛　　年　　月　　日

医療機関名
医師氏名　　㊞
住　　所
電話番号
ＦＡＸ番号

WEB 予約済 ☐

患者	フリガナ 氏　名　　様　☐男 ☐女	生年月日	☐大　☐昭　　年　月　日 ☐平　☐令　　（　　歳）
	今までに松下記念病院を受診したことが		☐ あります　☐ ありません

検査内容	上部消化管内視鏡検査　経口希望（☐ 鎮静有　☐ 鎮静無）／ ☐経鼻希望
	下部消化管内視鏡検査　☐　※病院処置のみ
処方内容	※抗血栓薬服用の際には、☐にチェックをお願いいたします。 ☐ 抗血小板薬（バイアスピリン、パナルジン、プラビックス、エフィエントなど） その他（　　） ☐ 抗凝固薬（ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナなど） その他（　　）
紹介目的 症状経過 既往歴 その他医療情報 および 特記事項	＿＿月＿＿日頃より　以下の症状を認める （症状）
添付資料	☐ 画像診断フィルム　☐ 検査結果　☐ その他（　　）
受診希望日	年　　月　　日（　　）　　希望
患者様が待機されている等 FAX 受信後、直ちに連絡の必要がありますか？	☐ 有

備考　1. 予約申し込みの FAX 送信は来院希望日前日までの、平日8:30～17:00にお願いいたします。
　　2. 既往歴・家族歴、治療経過につきましては【その他医療情報および特記事項】にご記入ください。

松下記念病院　患者支援連携センター
〒570-8540　守口市外島町5番55号　　直通 TEL (06)6992-5373