

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 内視鏡検査依頼書

地域連携室 直通 FAX 047-433-7086

紹介医療機関名:

所在地:〒

電話番号:

FAX 番号:

医師名:

内視鏡検査

上部・下部

※該当するものに○をつけてください

希望検査日:

第一希望 令和 年 月 日

第二希望 令和 年 月 日

フリガナ:

患者氏名:

(男・女)

生年月日:

S・H 年 月 日 年齢 歳

※当院の受診歴 (有 ・ 無)

住 所:〒

電話番号:

※ ご予約後、検査前日までに診療情報提供書のFAXをお願いいたします。

※ 患者様には、①予約票、②消化管内視鏡検査説明書(患者様用)、③内視鏡検査を受けられる患者様へ、④問診票、⑤検査前の食事のポイント(下部のみ)をお渡しく下さい。
(①-④は予約時に当院よりFAXします。)

※ 予約受付時間 月曜～金曜 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)
(FAXは24時間受信可能ですが、受付時間外の場合、翌診療日に予約票を送信します)

【お問合せ】

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 地域連携室

代表TEL 047-433-2111