

紹介先医療機関名 セコメディック 病院  
消化器科 御担当 先生 御侍史

紹介元医療機関名

TEL

医師名

フリカナ 患者様名	性別 男 女	生年月日 年 月 日
--------------	-----------	---------------

紹介目的 ・精査依頼  
・二次検診  
・その他

傷病名

経過・備考など

キリトリ線

内視鏡検査予約票

予約日時	月	日	:
------	---	---	---

フリカナ お名前
-------------

予約票は必ず受付にお出しください。

【来院時間】

検査の準備、問診を行います。検査の30分前に必ずお越し下さい。

【食事について】

検査前日の夜9時以降～検査終了迄は飲食禁止です。(お水はOKです)

【内服薬について】

血圧・心臓のお薬 → 必ずお飲み下さい。  
 糖尿病のお薬 → 飲まないで下さい。

内視鏡検査予約票兼診療情報提供書 FAX 047-457-9910

記入例

② 記入後FAXをしてください。

紹介先医療機関名 セコメディック病院  
消化器科 内視鏡 ご担当 先生御机下

紹介元医療機関名 山田診療所  
TEL 888-888-8888  
医師名 山田 一郎

フリガナ <u>フバツ 太</u>	性別 <u>男</u>	生年月日 <u>平成 16 年 9 月 27 日</u>
患者様名 <u>船橋 太郎</u>	<u>男</u> 女	

紹介目的  精査依頼  
・二次検診  
・その他

① 緑字の箇所をご記入願います。

傷病名 ○○○○○の疑い

経過・備考など

④ 上の部分は封をして患者様にお渡し下さい。

③ FAX後下の部分を切り取って患者様にお渡し下さい。

内視鏡検査予約票

予約日時 10 月 25 日 10:00

予約票は必ず受付にお出しください。

フリガナ フバツ 太  
お名前 船橋 太郎

① 緑字の箇所をご記入願います。

⑤ 下の部分は直接患者様にお渡し下さい。

【来院時間】  
検査の準備、問診を行います。検査の20分前に必ずお越し下さい。

【食事について】  
検査前日の夜9時以降～検査終了迄は飲食禁止です。(お水はOKです)

【内服薬について】  
血圧・心臓のお薬 → 必ずお飲み下さい。  
糖尿病のお薬 → 飲まないで下さい。