

明石市立市民病院 消化器内科検査申込書 (登録医・連携医専用)

平成 年 月 日

紹介元 医療機関名 _____	登録番号 _____
住 所 _____	
医 師 名 _____	
電話番号 _____	F A X _____

患 者	(フリガナ)		性別	明石市立市民病院受診歴	1 有 2 無
	氏 名		男 女	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日
	住 所	〒 - Tel - () -			

主保険	保険者番号	記号・番号	1 本人
			2 家族

検査予定日 平成 年 月 日 ()

検査前チェックリスト (有の場合は具体的にご記入下さい)

- ・抗凝固薬、抗血小板薬 (無・有) ・キシロカインアレルギー (無・有)
- ・心臓ペースメーカー、埋め込み型電気刺激装置 (無・有)
- ・シャント (無・有) ・認知症 (無・有) ・妊娠 (無・有)

臨床診断

検査目的

臨床経過

来院方法 (独歩・車いす・ストレッチャー)

地方独立行政法人 明石市立市民病院
医療介護連携課

直通TEL 078-912-2359 (専用)
直通FAX 078-912-2362 (専用)