検査依頼票

依頼日　　年　　月　　日

柏たなか病院
　医療連携室　宛
FAX　04－7131－5696

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名		T・S・H・R 年　　月　　日	
検査依頼	□ 上部消化管内視鏡　□ 腹部超音波 □ 下部消化管内視鏡　※事前受診が必要となります		
予約日	年　　月　　日（　　）		
時間	午前　午後　　時　　分頃　予定		
依頼目的	主訴、経過、既往歴、検査目的、その他		
内服薬			
抗血栓薬	無　・　有 休薬期間　無　・　有　　中止期間　　／　～　／		
感染症	未検　HBs抗原（ ＋ ・ － ）　HCV（ ＋ ・ － ） W氏（ ＋ ・ － ）　その他（　　）		