

保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号		受給者番号	
被保険者との続柄(本人・家族)			

## 内視鏡検査予約申込用紙

平成 年 月 日

紹介先：新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室  
(FAX: 025-256-6710 TEL: 025-256-6700)

紹介元医療機関：

医師名：

TEL

FAX

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日(歳)	
住所	〒	TEL	( )	
当院受診歴	有 · 無	カルテ No		

検査依頼内容 (1 or 2に をつけてく ださい)	1.上部消化管 (食道・胃・ 十二指腸) 2.大腸	
-------------------------------------	------------------------------------	--

\* 大腸内視鏡の場合は、検査の前に外来受診をしていただきます。

ブスコパン	可 · 不可	現在投与し ている薬剤 名	
抗凝血剤服用	有 · 無		
休薬日	月 日より		

\* 上記内容をご記入後、用紙をFAXにてお送りください。連携室にて予約調整の後、予約連絡票をお送り致します。