

# 上部消化管造影検査 & 内視鏡検査依頼書 （神戸掖済会病院 紹介用）

医療機関名

紹介医師名

患 者	(フリガナ) 氏 名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID _____) 2. 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	職業	
	住 所	〒 _____ ☎自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -		

検査希望日： 第一希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 第二希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主 保 険	保険番号	記号・番号		1. 本人
				2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種 別	1. 有
				2. 無

検査の種類：  X線造影（食道、胃、十二指腸）

内視鏡検査（食道、胃、十二指腸）

病名ないし疑い診断：

感染症の有無      HBs 抗原 (+、-、未検査)      HCV (+、-、未検査)

(出来れば記入)      Wa-R      (+、-、未検査)      その他の感染症 \_\_\_\_\_

前回検査の有無       な し       あ り      ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

主治医へのお願い

検査前にブスコパンを注射しますので、下記に疾患をお持ちの場合はチェックをお願いします。

緑内障       心疾患       前立腺肥大症       薬物アレルギー