

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