

# 胃カメラ・大腸ファイバー 依頼書

胃カメラ

大腸ファイバー

ご予約の検査名にチェックをお入れください

患者名	検査日	
	年 月 日 ( 曜日)	
生年月日	性別	午前・午後 時 分
TEL	紹介医院	医師
	TEL	
ポリープがあった場合 切除する・しない	抗凝固剤の服用 有・無 血小板の服用 有・無	ブスコパン使用 可・否
肝硬変 有・無	前立腺肥大 有・無	人工透析 受けている・受けていない
	心疾患 有・無	緑内障 有・無
		糖尿病 有・無

主訴

現在通院中の病名

医療法人  
山 紀 会

山本第三病院 検査室

〒557-0063 大阪市西成区南津守4丁目5番20号

TEL(06)6658-6611

FAX(06)6652-9553