

紹介状(診療情報提供書) 兼 内視鏡検査申込書

イムス明理会仙台総合病院  
 地域医療連携室 行  
 FAX:022-268-3322  
 TEL:022-268-3172

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 担当科 \_\_\_\_\_科  
 医師名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX番号 \_\_\_\_\_

フリガナ				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生
患者氏名	様			生年月日	( 歳)			
住所	〒			電話番号 _____				
検査目的								
ご希望の検査	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹部エコー・上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 (月・火・金曜日よりご相談ください。) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
希望日時	第一希望	年			月	日	( )	
	第二希望	年			月	日	( )	

◆◆ お願い ◆◆

< 腹部エコー・上部内視鏡の場合 >

検査日当日は空腹で 8:30~9:00 に来院をお願いいたします。

< 下部内視鏡の場合 >

貴院で前日に ラキソベロン 10ml を21時に服用するように指導してください。

当日は空腹で 8:30~9:00 に来院いただき、午前に診察、午後に検査を行います。

当日の受付状況や体調によってお時間がかかる場合があります。

お時間に余裕をもってお越しください。