

申込日 年 月 日

|         |
|---------|
| 貴医療機関名： |
| 所在地：    |
| T E L：  |
| F A X：  |
| 診療科：    |
| 医師名：    |

◆ 紹介目的（当該項目に○をご記入ください。）

- ・ 診察依頼（ 消化器 / 肛門 / 排便（便秘・便失禁） / その他 ）
- ・ 検査依頼

◆ 依頼内容

|  |
|--|
|  |
|--|

◆ 受診希望日

|       |       |       |        |
|-------|-------|-------|--------|
| 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 | 都合の悪い日 |
|-------|-------|-------|--------|

◆ 患者情報 ※ 当院受診歴（無・有⇒ I D）:

|      |          |           |       |
|------|----------|-----------|-------|
| フリガナ |          | 男・女       | 生年月日  |
| 氏名   |          |           | 年 月 日 |
| 住所   | (〒 - )   | 自宅<br>TEL |       |
|      |          | 携帯<br>TEL |       |
| ADL  | 独歩 / 車イス |           |       |

◆ 検査依頼内容（当該項目に○をご記入ください。）

|          |    |    |   |    |                           |
|----------|----|----|---|----|---------------------------|
| 内視鏡      | 胃  | 大腸 | 抗血栓薬(血液さらさらの薬)内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>薬の種類：( )<br>休薬の可否： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |    |                           |
| C T (単純) | 頭部 | 胸部 | 腹部  | 骨盤 | その他部位に関しては電話<br>でご確認ください。 |
| 直腸肛門内圧検査 |    |    |   |    |                           |

※ あらかじめご説明の必要な検査につきましては、患者さまが検査日までにご来院いただきますようお願い申し上げます。ご都合の良い日に診療予約をさせていただきます。