福岡市民病院　地域医療連携室行

申込日（FAX送信日）：　令和　　年　　月　　日

FAX　092-632-3431

上部内視鏡検査申込書

紹介元医療機関

医療機関名　：

住所　：

診療科名　：

医師名　：

電話番号　：

FAX番号　：

担当者名　：

〒812-0046
福岡市博多区吉塚本町13番1号
地方独立行政法人福岡市立病院機構
福岡市民病院　地域医療連携室
TEL 092-632-3430
FAX 092-632-3431
（受付時間　平日8:30～17:00）

福岡市民病院受診歴	□ 有　ID（診察券の番号）が分かる場合　（　　） □ 無　□ 不明		
フリガナ		性　別	□ 男性　□ 女性
患者氏名		生年月日	□ T □ S □ H □ R 年　月　日（　　）歳
依頼項目	□ 上部内視鏡検査 **※下記【確認事項】のご確認もお願いいたします。**		受診希望日 月　日
紹介目的傷病名等	□ 別紙のとおり （お急ぎの場合は、下記の欄に直接ご記入頂いても結構です。）		

※本紙と一緒に「診療情報提供書」のFAXをお願いいたします。

【確認事項】

●上部消化管内視鏡　の場合

抗血栓薬服用　□ 有 □　無　※「有」の場合、中止について確認させていただきます。