

谷川記念病院 オープン検査依頼票

医療機関名

TEL

依頼担当医

FAX

患者氏名	様	男 女	生年月日		
			M・T・S・H	年	月 日
希望される検査	上部内視鏡（胃カメラ）				

検査予約日	年	月	日（ ）	時	分
<p>☆予約時間30分前までには受付にお越しく下さい。</p> <p>☆検査当日、食事はできません。水・お茶・スポーツドリンクは飲んで頂くことはできます。</p> <p>毎朝飲む薬(降圧剤・心臓の薬等)がある場合は、起床時(6時～7時まで)にお飲み下さい。</p> <p>※糖尿病・抗凝固薬の薬は服用しないでください(ご不明な点は医師にご相談ください)</p> <p>☆当日は、「診療情報提供書(紹介状)」「健康保険証」「オープン検査依頼票」を持参し</p> <p>受付にご提示をお願いします。</p>					
〈重要事項〉					
()は / より 飲まないでください。					

何かご不明な点がありましたら、下記の電話番号にご連絡ください。

医療法人篤静会



谷川記念病院

〒567-0031

大阪府茨木市春日1丁目16番59号

TEL 072-622-3833

FAX 072-622-9702

受付日 年 月 日 FAX受付担当者()