

上部消化管内視鏡・腹部エコー検査 FAX 予約申し込み票

上杉胃腸科内科クリニック FAX : 022-724-7823

※電話予約も可能です。御希望の場合には 022-724-7822 までご連絡ください。

貴院名 _____ TEL 番号 _____

医師名 _____ FAX 番号 _____

フリガナ

患者氏名 _____ 様 性別 男・女

T・S・H 年 月 日生

御希望検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー検査
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 検診異常精査 <input type="checkbox"/> 症状あり () <input type="checkbox"/> 経過観察	
予約希望日	<input type="checkbox"/> 日にち指定 第1希望 月 日 第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 曜日指定 () 曜日希望 () 曜日以外希望 <input type="checkbox"/> その他 ()	
鎮静剤希望	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※ 鎮静剤を使用した場合には、検査当日は一日中車や自転車等の運転はできませんので、ご了承ください。		