



FAX 0721-23-6953

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。

FAX送信後、患者様にこの用紙(原本)をお渡し、検査当日、必ずお持ちくださるようお伝えください。

PL病院 上部消化管内視鏡検査申込書 (診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書(紹介状)を兼ねています。

Form with fields for patient name, sex, date of birth, telephone number, and hospital name.

下記の項目に☑または、必要事項を記入してください

Main form area with sections for Examination (検査), Endoscopy (胃透視), Injection (注射), History (既往歴), and Blood Clotting Agents (抗血栓剤).

