

## 院外胃カメラ・大腸ファイバー検査用チェックリスト

F A X 0744-32-5999

(国保提出用)

検査日時	年      月      日      時
医療機関名	
主治医	
患者氏名	様
生年月日	年      月      日生      歳      M・F
当院受診の有無	有      I D (                      )      無
食事	当日      (朝)絶食      (昼)絶食
感染症	ワ氏 (      )      H B s (      )      H C V (      ) その他 (                      )
血液型	型      R H (      )
検査後の内科診察 について	希望する                      希望しない 希望担当医 (                      )