

内視鏡検査申込書・診療情報提供書

医療法人社団 治成会 シグマクリニック 宛

申込日 年 月 日

貴院名	お名前
医師名	様
tel	M・T・S・H 年 月 日生 男・女
fax	ご住所 〒
	tel
依頼検査	1. 上部内視鏡 2. 大腸内視鏡
検査日時	年 月 日 時 日 (ご来院時間)
服用中の薬 (あり・なし) お薬名:	
既往歴・手術歴	
経過及び検査目的	

※まずはお電話にてご連絡をおねがい致します。詳細をご案内させていただきます。

※検査日時はご来院の時間です。診察・前処置をしてから検査になります。

※感染症のある場合は事前にお知らせください。

※検査食は事前にこちらで用意します。(検査食：1,430円税別 郵送の場合：送料700円税別)



〒154-0002
東京都世田谷区下馬 5-41-21
Tel 03-5481-0226 Fax 03-5481-0227
mailto:clinic@sigma.or.jp