

ご連絡先	氏名：	TEL:	-	-
------	-----	------	---	---

事業所名称	
保険者番号	
保険証記号	

胃検査	①	②	③	④	⑤
	バリウム	胃カメラ	胃カメラ	胃カメラ	不 要
		経 口	極細経口	経 鼻	

[illegible]