

# 検査予約申込書兼診療情報提供書(内視鏡検査)

※①申込内容のみを記入しFAX送信、又は①及び②双方を記入してのFAX送信をお願いいたします。

※ 送信先:地域医療連携室 FAX 072-438-5511 TEL 072-422-5865(内線:236)又は438-5522(直通)

※当用紙を受信後、当院地域医療連携室から検査予約通知書及び関係書類をFAX送信いたします。

フリガナ・生年月日等はお間違えないようご確認ください。

予約申込日 令和 年 月 日

フリガナ	男・女
患者氏名	
M・T	
S・H・R	年 月 日 生 才
〒	
住 所	
電 話	
当院受診歴：あり・なし / 貴院：外来・入院	

医療機関所在地:
医療機関名称:
医 師 氏 名:
電 話 番 号:
F A X 番 号:

## 【①申込内容】

※①申込内容の太枠内は必ずご記入ください。

希望検査項目	<input type="checkbox"/> 胃経口内視鏡検査 (鎮静剤使用希望 あり・なし) 検査予約原則9:00 8:30ご来院 <input type="checkbox"/> 胃経鼻内視鏡検査 (鎮静剤の使用はできません) 検査予約原則9:00 8:30ご来院 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 (鎮静剤使用希望 あり・なし) 検査予約原則13:00 8:30ご来院 ※検査、診察の状況により待ち時間が生じる場合があります。ご了承ください。
検査希望日	令和 年 月 日 ( )
検査目的	<input type="checkbox"/> 腹痛精査 <input type="checkbox"/> 胃部不快感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他( )

## 【②診療情報提供書】

※診療情報提供書の様式は不問ですが、検査当日必ず患者様に原本をご持参いただくようお願いいたします。

主訴または病名	<input type="checkbox"/> 上記検査目的に同じ
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( )
経過等	
現在の処方 (抗血栓薬の服用 状況等を含めご記 入ください)	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり( )