

# 上部内視鏡検査(胃カメラ)依頼書

平成 年 月 日

香芝生喜病院	地域医療連携室 (FAX番号が変わりました)	FAX	0745-71-8120(専用)
		TEL	0745-44-8005(直通)

## ○【医療機関記入欄】

紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。)	検査希望日
所在地	① 月 日 ( )
名称	② 月 日 ( )
電話	③ 希望なし
FAX	ご都合の悪い日
医師名	月 日 ( )

●病名・検査目的・既往歴等(貴院の診療情報提供書等を使用して頂いても結構です)

## ○【患者様記入欄】

●患者基本情報(当院に受診歴のある場合、患者IDも記載してください。患者ID: )

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	M・T S・H 年 月 日
住所	〒 -		
自宅TEL		携帯TEL	

●現在服用のお薬について

抗血栓薬の服用 ( 有 ・ 無 ) ※有の場合、一定期間薬剤を中止する必要がありますので病状などご相談下さい

その他の内服薬 ( )

●その他 確認事項

カメラのご希望 ( 経口カメラ ・ 経鼻カメラ ) ※抗血栓薬を服用している場合は経鼻が選択できません  
細めの経口カメラでの検査になります

鎮静剤のご希望 ( 希望する ・ どちらでもよい ・ 希望しない ) ※ご希望の場合は来院方法に制約があります

来院方法 ( 車 ・ バイク ・ 当院送迎バス ) ※ご自身の運転で帰られる場合は鎮静剤が使用できません

検査当日に付き添いの方 ( 有 ・ 無 )

消化器内科医師からの詳しい説明(後日受診)について ( 希望する ・ 希望しない )

(注)検査当日、予約票を初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)

地域医療連携室 : 月～金 9:00～19:00 土 9:00～12:30 0745-44-8005(直通)

上記受付時間以外は医事課で対応し翌日(祝日は除く)、地域医療連携室よりご連絡いたします。 0745-71-3113(代表)