

香芝生喜病院 上部内視鏡検査(胃カメラ)依頼書

TEL	0745-44-8005(直通)
-----	------------------

- ①お電話にて検査のご予約を承ります。
- ②本紙 検査予約依頼書をFAXしてください。
- ③ご予約後、すぐに当院からFAXする受付票を患者様へお渡しください。

香芝生喜病院	地域医療連携室	FAX	0745-71-8120(専用)
紹介元医療機関情報			検査日 ①お電話にて予約 月 日 () : ~
名称			
電話			検査日当日は③受付票を 受付へお持ちください。
FAX			
医師名			

●患者様記入欄(当院に受診歴のある場合、患者IDも確認ください。ID:)

フリガナ		性別	生年月日
患者様 氏名	様	男・女	M・T 年 月 日 S・H
電話番号	-		

病名・検査目的・臨床経過・服用薬剤・既往歴等 (貴院の診療情報提供書添付等)

●服用薬

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。
 現在服用されているお薬()

●患者様記入欄

カメラ方法 (経口 ・ 経鼻)	抗血栓薬内服の患者様には経鼻は行っておりません。 検査当日の経鼻・経口の変更は他患者様との予約の都合上、対応致しかねます。
経口の場合鎮静剤使用(あり ・ なし)	鎮静剤使用後は同日中乗り物の運転ができません。
来院方法(自家用車 ・ 徒歩 ・ 送迎バス)	自身の運転で帰宅される場合は鎮静剤が使用できませんのでご了承ください。
検査当日付き添いの予定(有 ・ 無)	
検査結果説明 (当院消化器内科に後日再診 ・ ご紹介医様より後日)	

(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)	0745-44-8005(直通)	0745-71-3113(代表)
地域医療連携室 :	月~金 9:00~19:00	土 9:00~17:30
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。		