

緊急の検査が必要な場合も
お問い合わせください。

上部消化管内視鏡検査予約申し込み方法について



受付

1. 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室に TEL(072-854-1371)してください。
2. 胃カメラ希望とお伝えください。
3. 予約希望日や曜日をお伝えください。
4. 経口・経鼻、セデーション希望、患者さまの氏名、生年月日をお伝えください。
5. 当院所定の『上部消化管内視鏡検査予約申込書』を地域連携室に FAX(072-860-1730)してください。
6. 当院より『予約通知書』を折り返しFAXいたします。

～検査当日の受付方法～

2階の『2再診』受付にお越しください。

- 予約通知書
- 上部消化管内視鏡検査予約申込書
- 診療情報提供書（紹介状）
- 同意書類、内視鏡検査前症状日誌
- 保険証
- 診察券（お持ちの方）

ご提出ください

- 検査結果のご報告は病理等結果が出次第郵送いたします。（当院での結果説明を希望される場合は患者さまに説明後にご報告します。又、病理検査等を行った場合はご報告に時間を要します。）

※所見をお急ぎの場合、次回の診察予定の都合がある等の場合はご確認ください



医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院
〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
TEL：072-853-1181(代表)
TEL：072-854-1371(地域連携室)
FAX：072-860-1730(地域連携室)

上部消化管内視鏡検査予約申込書（患者連絡票）

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 (FAX:072-860-1730)

先生

貴 院 情 報	貴院名 _____ 所在地 _____ 医師名 _____ TEL _____ FAX _____ 取次担当者名 _____
------------------	---

患 者 情 報	フリガナ _____	男 女	生 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	住所 〒 _____			
	電話番号 _____			

傷病名・主訴 ※ 診療情報提供書(紹介状)は受診当日ご持参ください 受診歴 あり
 なし
 検査目的 不明

予約希望日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分から
 独歩 車いす ストレッチャー その他

薬剤アレルギーの有無 なし あり (_____)
 障害の有無 なし あり (_____)
 特定疾患 なし あり (緑内障・糖尿病・心疾患・前立腺肥大・腎機能障害)
 血糖降下剤 服用していない 服用している
 抗凝固・抗血小板剤 服用していない 服用している (_____)
 ※服用している場合、中止の適否をご判断下さい。(中止・継続)
 内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行できない場合もあります。
 妊娠 妊娠中 無 可能性有
 感染症の有無 なし あり (HBsAg・HCVAb・TPHA) 不明
 鎮痙剤の使用 ブスコパン 可 否 グルカゴン 可 否
 鎮痛剤の使用 希望しない 希望する
 身長・体重 身長 _____ cm / 体重 _____ kg
 検査結果 説明を希望する 説明を希望しない
 ※検査結果は当院でも説明可能です。検査日とは別に内科の診療予約をとります。
 説明を希望されない場合は、後日かかりつけ医へ検査結果を郵送いたします。

《上部消化管内視鏡検査予約方法》

地連に TEL いただき予約日時を決定後、上部消化管内視鏡検査予約申込書（患者連絡票）を FAX してください（この用紙） → 当院より予約通知書を FAX いたします

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室

〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
 TEL: 072-853-1181(代表)
 TEL: 072-854-1371(地域連携室)
 FAX: 072-860-1730(地域連携室)