

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	生年月日	大正・昭和・平成		
	氏名	女		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
 不明

検査目的

電話予約日時 平成 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・HCVAbs・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)