

令和 年 月 日

# 内視鏡予約依頼書

(診療情報提供書兼用)

大阪府済生会茨木病院

地域医療連携室 行

TEL 072-622-9399(直通)

FAX 072-622-8748(直通)

TEL 072-622-8651(代表)

医療機関名

医師名

TEL

FAX

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

フリガナ			
氏名	(姓)	(名)	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	(才)
住所	〒 _____ TEL ( )		

記号		負担者番号								
番号		受給者番号								
保険者番号		資格取得								
被保険者名		本人・家族	有効期限							
資格取得		負担割合								割
有効期限		★保険証のコピーをFAXでお送りいただく場合は、保険情報の記入は省略していただいても結構です。								

## 【お願い】

※前診察時に必要に応じて血液・CT・エコー等の検査を行う場合がございます。

※診察・検査時に至急で治療が必要な時は、当院にて治療を行う場合がございます。

※感染症が不明な時は、当院にて検査を行う場合がございます。

・お手数ですが、保険証・医療証等は来院時に再度原本にて確認をさせていただきます。

・検査予約日は、なるべく早くFAXにてお知らせ致します。延滞の場合はお問合せ下さい。

・検査・予約等、ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問合せ下さい。

## 1. 患者様の状態

症状・検査目的・病名・基礎疾患(処方内容は必ずご記入下さい。別紙でも可。)

感染症 無・有 【B型肝炎・C型肝炎・梅毒・他( )】

妊 娠 無・有 腹部手術歴 無・有 搬送形態 独歩・車椅子

抗凝固薬・抗血小板薬服用 無・有 (薬剤名 )  
休薬(検査 日前から可・不可)

・服用中の方でポリペク等の適応が考えられる場合は、再度検査をさせて頂く場合がございます。

## 2. 希望検査項目

胃内視鏡 ・ 大腸内視鏡(※)

※大腸内視鏡検査をご希望の場合、検査日までに1度受診・投薬が必要となります。受診希望日を下記にご記入下さい。

受診の結果、検査がキャンセル、または日程が変更になる場合がございます。ご了承下さい。

受診希望日(胃内視鏡検査の方は不要です)

第1希望	月	日 ( )
第2希望	月	日 ( )
第3希望	月	日 ( )

## 3. 希望検査日 ご希望の検査日を、第3希望までご記入下さい。

胃内視鏡 ( 月・火・水・木・金 の午前 )

大腸内視鏡 ( 月・火・水・木・金 の午後 )

第1希望	月	日 ( )
第2希望	月	日 ( )
第3希望	月	日 ( )