

共同利用 上部内視鏡検査 申込書 兼 紹介状

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくделаさいますようお願いします。

患者さんへのご注意事項(下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いいたします)

- ☐ 予約日時に当申込書をご持参のうえ、2階「内視鏡センター(20)」受付にお越しください。
- ☐ 前日の夕食は20時までにお済ませください。夕食後は絶食です。
- ☐ 当日の食事・喫煙はお控えください。水やお茶等の水分補給は可能です。
- ☐ 高血圧、心臓病の薬を服用されている方は朝の6時までに服用してください。
- ☐ 鎮静剤を使用しての検査をご希望の方は、自動車・二輪車・自転車を運転しての来院はお控えください。

予約日時	月	日	9 : 00
------	---	---	--------

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 ☐無 ☐有 ☐不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記		カナ表記			
生年月日	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐ 西暦 年 月 日		電話番号	自宅 その他連絡先		
住所	〒			年齢	歳	性別 ☐ 男性 ☐ 女性
保険区分	☐ 健康保険 ☐ 公費12 ☐ 自賠 ☐ その他（ ）					

(該当項目をチェック☑して下さい) 患者さんの状況を教えてください

緑内障 ☐なし ☐あり 糖尿病 ☐なし☐あり 前立腺肥大 ☐なし ☐あり 胃の手術 ☐なし ☐あり (年 月 日)

妊娠の可能性 ☐ なし ☐ あり () 週 鎮静剤の希望 ☐ なし ☐ あり (当日、車両運転不可)

注意事項

抗血栓薬の使用	ワーファリン	☐ なし	☐ あり⇒ (年 月 日より中止)	感染	☐ HB	☐ HCV
	アスピリン	☐ なし	☐ あり⇒ (年 月 日より中止)		☐ HIV	☐ W
	パナルジン	☐ なし	☐ あり⇒ (年 月 日より中止)		1年以内の感染症検査データがある場合は添付してください	
	プレタール	☐ なし	☐ あり⇒ (年 月 日より中止)			
	上記服用中だが中止不可または中止しないでよい⇒ ☐					
☐ なし ☐ あり			☐ なし ☐ あり			

仮診断

現在の処方・その他
*薬物アレルギー ☐ なし ☐ あり⇒（詳細 _____ _____ _____） _____