

上部消化器内視鏡検査 予約申込書

社会医療法人 三栄会

ツカザキ病院 地域医療連携室 行

(FAX:079-272-8571)

医療機関名:

医 師 名:

TEL:

FAX:

(こちらの番号に予約票をお送りします)

年 月 日

患 者	ふりがな											当院の受診歴									
	氏名	☐ 男 ☐ 女										☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明									
	生年月日	明・大・昭・平・令					年					月					日 () 歳				
	住所	〒																			
	電話	自宅() 携帯()																			

保 険 情 報	保 険 者 番 号										公 費	負 担 者 番 号											
	記 号	(本人・家族)											受 給 者 番 号										
	番 号												記 号										
	資 格 取 得	昭・平・令 年 月 日											番 号										

検査目的	スクリーニング ・ 定期フォロー ・ その他 ()
------	----------------------------

上 部 内 視 鏡 検査希望日時	第一希望	/	10時		月	火	水	木	金	土	希望日時の検査枠が埋まっていた場合、ご都合の良い曜日に合わせて予約日を提案致します。
			午前								
	第二希望	/	10時								
			午後	X	X	X	X	X	X	X	

当 院 で の 検査結果説明	あり	検査後1週間以上経過した土曜日に、当院にて消化器内科医が説明致します。 その後、紹介状の返書として、内視鏡所見用紙と生検結果等の説明内容を含めて送付します。
	なし	内視鏡所見用紙と紹介状を患者様に当日手渡します。 生検結果については後日送付致します。

<ご紹介元医療機関スタッフ様へ>下記について患者様へのご説明お願い致します。

* 検査時の鎮静剤投与を希望され、**85歳以上または補助具(杖など)なしでは独り歩行困難、の場合は検査後の迎えが必要です。**また、検査当日は**終日、車・バイク・自転車の運転は不可**となりますので、ご注意下さい。施行医の判断で当日に鎮静剤使用できない可能性があります。

* 検査日の**前日21時から絶食**です。飲水は2時間前までです。検査当日朝の**糖尿病薬、インスリンは中止**になります。

* **お薬手帳やペースメーカー手帳**をお持ちの方は、当日必ず持参してください。

* **検査予約時間の30分前には来院**下さい。

* 検査結果説明を当院でお受けになる方は、検査当日に詳細をお伝え致します。**当日結果説明ではございません。**

「予約申込書」「診療情報提供書」をFAXしてください。予約確定後、FAXにて日時をお知らせ致します。

FAXは24時間受け付けておりますが、日・祝日及び月～土曜日**16時以降**に送信頂いた場合、お返事は翌診療日に受付となります。また、予約可能なのは**日・祝日を除いた2診療日以降**となりますのでご注意下さい。

その他何かご不明な点等ございましたら地域医療連携室(TEL：079-272-8130)までお問い合わせください。