

病診連携 内視鏡予約申込書(FAX)

平成 年 月 日

有田市立病院 地域連携室 FAX 0737(82)6565

TEL 0737(82)0887

貴医療機関名	電話番号 ()
医師名	FAX 番号 ()

フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	男 女	年 月 日	

住 所	
電話番号	()

検査の種類	目的
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> スクリーニング
<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 健診異常精査 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	ポリープ切除の希望 <input type="checkbox"/> あり(入院となります) <input type="checkbox"/> なし
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> キシロカインアレルギー その他 ()
<input type="checkbox"/> 貴院からの御処方	
<input type="checkbox"/> 静脈麻酔を希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 検査医にまかせる
希望予約日	第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()
検査を希望する医師があれば	() 科 医師名 ()

ご予約には、この FAX 用紙をご送信ください。

受付時間 9:00~17:00 祝日を除く 月~金曜日

患者登録をして予約日時が決まり次第、予約票を送信します。

FAX は 17:00 以降も受け付けできますが、対応は翌日以降(休日の場合は翌平日)になります。

内視鏡検査の前に担当科の外来診察を受けていただき、感染症検査のための採血を行うことを患者様にお伝えくださるようお願いいたします。