

記入日 年 月 日

一般財団法人 大阪府結核予防会 大阪複十字病院
上部内視鏡検査申込書

貴院名		電話	
所在地 〒		FAX	
		医師名	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓:)	男・女	年 月 日 (歳)
住所	(〒)	自宅番号	
		携帯番号	
当院受診歴	有 ID() ・ 無 ・ 不明	患者状況	<input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済
希望日	① 月 日 ・ ② 月 日 ・ ③ 月 日 * 木曜日の上部内視鏡検査は行っておりません * 鎮静対応は午前のみです		<input type="checkbox"/> 希望日なし
検査	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡(経口) <input type="checkbox"/> 上部内視鏡(経鼻)		
鎮静希望	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません ～鎮静希望の方へ～ * 自家用車、バイク等を運転してのご来院はお控えください。 * 検査終了後、2時間程度、院内で経過を看させていただきます。		
抗凝固 血小板薬	<input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> 服薬していない ～抗凝固血小板薬を服薬中の場合～ 貴院にて、服薬内容に応じた休薬指示をお願いいたします。		
降圧剤	<input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> 服薬していない		
薬剤 アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名:)		
* 本書と診療情報提供書を送付してください。 * 予約受付完了後、貴院へ「上部消化管内視鏡を受けられる患者さまへ」をFAXいたします。 * 受診日には「診療情報提供書」、「上部消化管内視鏡を受けられる患者さまへ」、「マイナンバーカード または、健康保険証・医療証」、「お薬手帳」を持参いただきますよう、患者さんへお伝えください。 * 予約変更・キャンセルは、貴院より地域医療支援室へご連絡ください。 * 受付時間: 平日9:00～17:00			