

# 上部内視鏡検査依頼書 兼 診療情報提供書

紹介先医療機関等名 山本第三病院 内視鏡 担当医 殿

申込日 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称		医師名		印	
TEL		FAX			
フリガナ患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 性別 男・女
患者住所		TEL			
検査方法のどちらかに○を付けてください		ヘリコバクターピロリ菌の検査が必要と判断した場合		抗凝固剤の服用 有・無	
経口		経鼻		検査する・しない	
セデーション(意識下鎮静法)		人工透析		過去の除菌歴	
希望する・希望しない		受けている・受けていない		・除菌に成功した ・除菌に失敗した ・除菌歴無し・不明	
臨床診断		既往症・手術歴・臨床経過			

※記入完了後、本紙を切り取る前に FAX(06-6658-2130) してください。

----- 切り取り -----

## ～ 上部内視鏡検査 予約票 ～

ご紹介元医療機関名		医師名	医師
-----------	--	-----	----

検査日	平成	年	月	日	( )
検査時間	午前	午後	時	分	撮影

患者様氏名		様	男・女
生年月日	M・T S・H	年	月 日 歳

### 【注意事項】

- ①当日は、本予約票及び健康保険証、医療券等をお持ちください。
- ②検査時間の15分前までにはお越しください。
- ③予約時間に遅れた場合、検査が出来なくなる事があります。
- ④都合により、検査時間の遅れが生じることもありますのでご了承ください。

※その他、注意事項については、裏面をご参照ください。

社会医療法人山紀会 山本第三病院 大阪市西成区南津守4-5-20
--

代表 06-6658-6611  
検査予約センター 06-6658-9079  
FAX 06-6658-2130

## 【検査依頼書についてのお願い】

① ご依頼時には予約時間の確認のため、お電話でご連絡ください。

・06-6658-9079	(平日午前9時～午後5時、土曜日:午前9時～午前12時)
・06-6658-6611	(上記時間外、日曜日、祝日)

② ご依頼内容について、本用紙の必要事項にご記入をお願いいたします。

③ ご記入後、記載した用紙をFAXにてお送りください。

・06-6658-2130 (FAX)
---------------------

予約時間の15分前までに当院へとお越し頂くようにお伝えください。

④ FAX送信後、用紙を切り取り、上半分を封筒に封入し、下半分と共に患者様へお渡しください。

----- 切り取り -----

## 【内視鏡検査を受けられる方へ】

### ■ お食事について

検査前日の午後9時までに夕食を食べていただき、検査当日まで何も食べないで来院してください。  
少量の水やお茶でしたら、検査当日にも飲んでいただいてかまいません。

### ■ 服用しているお薬について

定期的に飲んでいるお薬がありましたら、主治医に飲んでよいかの指示を受けてください。

### ■ 検査当日

タオルを一枚ご持参ください。

なるべくゆったりした服装でお越しください。

検査当日、鎮痛剤等の薬剤を使用する場合がありますので、自動車、バイク、自転車などを運転しての来院はご遠慮ください。

お問い合わせや変更等がございましたら、地域医療連携室または検査科にご連絡ください  
検査前処置や、緊急患者様発生などにより順番が前後したり、遅れたりすることもあります。