

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 令和 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				セデーション(意識下鎮静法)		抗凝固剤の服用		有・無		
経口・経鼻				希望する・希望しない		抗血小板剤の服用		有・無		
ヘリコバクターピロリ菌の検査が必要と判断した場合				過去の除菌歴	PPIの服用	有・無		糖尿病	有・無	
検査する・検査しない				・除菌に成功した ・除菌に失敗した ・除菌歴なし・不明	※PPIを服用中の場合、偽陰性になる可能性があるため、迅速検査は実施できません。		心疾患		有・無	
臨床診断				既往症・手術歴・臨床経過					前立腺肥大	有・無
									緑内障	有・無
									人工透析	受けている 受けていない

※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	令和	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	

【当日の注意事項】

- ①本予約票及びマイナ保険証、健康保険証、医療券等、お薬手帳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。