

上部消化管内視鏡検査予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中 令和 年 月 日

《紹介医療機関の所在地》

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-32-3070 [直通]

名称・住所

医 師 名

T E L

F A X

患 者 情 報	フリガナ 氏 名						旧 姓	
		様						
	呉医療センター診察券番号						—	
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日					性 別	男・女
	郵便番号	〒 —						
	現 住 所							
	電 話	自宅： 携帯電話：						
	ペースメーカー・ICD の有無	☐ 無 ☐ 有（メーカー： 型番： ） ペースメーカー・ICDの埋め込み術を行った施設 ☐ 呉医療センター ☐ 他院						
	体内金属の有無	☐ 無 ☐ 有（部位： 異物名： ）						
	ADL	☐ 自立 ☐ 杖歩行・車椅子使用→診察申込みをお願いします						
	抗血栓薬	☐ 無 ☐ 有（下記記載） ☐ 1 剤内服（ワーファリン以外） [薬剤名：] →事前の中止は不要です ☐ 2 剤以上又はワーファリン内服→診察申込みをお願いします						
他院を含めた内服薬情 報の F A X	☐ 可→本申込書と共に、内服薬情報の F A Xをお願いします ☐ 不可→診察申込みをお願いします							

※心臓ペースメーカー・ICDの詳細がわからない場合や当院で対応が難しい場合は、検査が行えませんが予約時に必ずご連絡下さい。

※診療情報提供書・検査同意書は、検査日の2日前までに地域医療連携室までFAXをお願いします。

※内視鏡検査終了後、同日内視鏡内科の診察となります。ご紹介は「内視鏡内科担当医」宛でお願いします。

※ADLが自立でない方・2 剤以上の抗凝固剤又はワーファリン内服中の方・内服薬情報がFAXできない方の検査予約はお取りできません。恐れ入りますが、診察申込みをお願いします。

診療情報提供内容

*傷病名・症状

希望日時 ① 月 日 AM・PM (時)
② 月 日 AM・PM (時)
③ 月 日 AM・PM (時)

決定日時 月 日 AM・PM (時)