

上部内視鏡検査 予約申込書 兼 診療情報提供書

飯塚市立病院 (内視鏡室)

FAX番号 (地域医療連携室) 0948-23-9335

患者情報記入欄

フリガナ			男	生年	明・昭	年 月 日生	
氏名			女	月日	月・日		
保険区分	健被 障害	健扶 母子	国被 前期高齢 (	国扶 割負担)	国被 後期高齢 (	国扶 割負担)	生保 労災 自費 自賠

保険者番号	記号	番号	公費負担番号 (老人保健含む)

予約日 令和 年 月 日 午前中	
- 該当するものにチェックを付けてください -	
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー ※付き添い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
内服・注射	抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 抗凝固薬
	有の場合 記載をしてください 薬品名( ) 月 日 ~中止 ※ 生検あれば検査翌日、なければ当日再開
	インスリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ブスコパン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 禁
説明書の説明	<input type="checkbox"/> 済
鎮静剤希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    使用希望の方は当日車の運転は控えてください
結果報告の方法	<input type="checkbox"/> レポートのみ <input type="checkbox"/> レポートとすべての画像 (CD-R)
	※ 生検をした場合は10日後程度で郵送いたします
診断名または主症状	
検査目的	
紹介元医療機関	
主治医	TEL _____ FAX _____

※ 抗血小板薬・抗凝固薬の中止についてはの『抗血小板薬・抗凝固薬の手術前休薬期間の目安』の消化器内視鏡診察の項目をご参照ください