

消化管内視鏡検査(上部・下部)予約申込書(FAX送信票)

東近江敬愛病院 地域連携室宛
(FAX 0748-23-7157 / TEL 0748-22-2222(代表))

申込医療機関名
医師名
TEL
FAX

年 月 日

患者様事項	(氏名には必ずフリガナをお付け下さい)		
フリガナ	_____		
氏名	_____	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	()	歳
住所 〒	_____		
TEL	_____		
※ 当院受診歴(無 ・ 有) 前回の受診の時と姓が変更になった方 旧姓()			
症状に対する精査・定期検査・スクリーニング・本人希望・他			
症状	_____		
原疾患	_____		
既往歴	_____		
投薬内容	_____		
抗凝固剤(有 ・ 無) 出血傾向(有 ・ 無) 糖尿病治療薬(内服薬 ・ 注射剤)			
アレルギー	無 ・ 有 ⇒ _____		
妊娠(有 ・ 無 ・ 不明)	授乳(有 ・ 無)		
検査希望日	無 ・ 有 ⇒	第1希望日	(月 日)
		第2希望日	(月 日)
検査方法	上部内視鏡(経口 ・ 経鼻)		
	ピロリ菌検査希望(有 ・ 内視鏡担当医に任せる)		
	下部内視鏡		
	前処置薬※1(①マグコロールP ・ ②ニフレック)		
検査結果(紙媒体のみ ・ CD-ROM希望)	結果説明(貴院にて ・ 当院にて)		

※1 通常は①です。透析患者様は②のみの選択肢になります。

※2 感染症(HBV/HCV/TPHA)の血液検査は当院にて行います。

注: セデーション希望の場合は事前に消化器内科医師の外来受診が必要となりますので、検査のみの予約ができません。紹介状持参の上、消化器内科外来を受診ください。

FAXでの受付は、平日9:00~17:00迄です。時間外の申し込みにつきましては恐縮ですが翌診療日の返信になりますのでご了承ください。