

医療法人協仁会 小松病院
胃内視鏡検査予約申込書

TEL：072-823-1521（代表） FAX：072-821-7013（地域医療連携室直通）

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男 女	大 昭 平 令	年 月 日 () 歳
住所	(〒)			
電話番号				
患者状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 外来通院中（待機中・帰宅済）	受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ID： ）	
希望検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査（経口） <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査（経鼻）			
鎮静剤の使用	<input type="checkbox"/> 希望します ※公共交通機関での来院をお願いします <input type="checkbox"/> 希望しません ※当院では経鼻または70歳以上の方は鎮静剤使用不可となっております。			
ピロリ検査歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（⇒除去歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名： ）			
特定疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（緑内障・糖尿病・心疾患・高血圧・前立腺肥大）			
抗凝固血小板薬	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用中（薬剤名： ）			
希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望日なし	不可日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> 不可日なし	

※本書と診療情報提供書を添付してください。また当日は診療情報提供書の原本を必ず持参ください。

予約受付完了後、「予約票」をFAXで送付させていただきます。

受付時間（平日 9時～16時30分 土曜 9時～12時）以降のお申込みの返信は原則翌日以降（土曜日は翌週）となります。